Canada

Le suicide chez les personnes âgées au Canada

Mars 1982

Santé et Bien-être social Canada Health and Welfare Canada

Les personnes ou groupes de personnes qui désirent recevoir cette publication sont invités à communiquer avec le service ci-dessous:

Unité de diffusion de l'information
Direction générale de la politique,
de la planification et de l'information
Ministère de la Santé nationale et du
Bien-être social
Édifice Brooke Claxton
Parc Tunney
Ottawa (Ontario)
K1A 0K9

tél. (613) 995-1197

Vu la quantité limitée d'exemplaires disponibles, nous devons restreindre le nombre d'exemplaires pour chaque demande.

Le présent rapport a été préparé par Lorraine Lépine de la Direction générale de la politique, de la planification et de l'information. Tous commentaires et questions peuvent être adressés à Mme Lépine, Direction des ressources des politiques, Direction générale de la politique, de la planification et de l'information, 14e étage, édifice Brooke-Claxton, Parc Tunney, Ottawa (Ontario), K1A 0K9, tél. (613) 996-9445.

LE SUICIDE CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES AU CANADA

Direction générale de la politique,
de la planification et de l'information
Ministère de la Santé nationale
et du Bien-être social

Also available in English under the title
"Suicide Among the Aged in Canada"

mars 1982

PRÉFACE

La présente étude vise à analyser les données et les documents actuels sur le suicide chez les personnes âgées, afin d'identifier les groupes à risque élevé au sein de cette population au Canada.

Les vues exprimées dans le présent document n'engagent que l'auteur; elles n'ont pas de caractère officiel, en termes d'agrément de la part du Ministère, et ne reflètent pas nécessairement la politique du gouvernement.

La Direction générale espère que cette étude sera utile aux personnes qui travaillent dans ce domaine et qu'elle favorisera l'échange de renseignements en matière de politique sociale.

"Les spécialistes des sciences sociales, les historiens et les critiques des questions sociales blâment depuis longtemps le délaissement, le manque de dignité et l'isolement social auxquels notre société condamne les personnes âgées. Si l'on ne s'efforce pas d'intégrer les personnes âgées d'une manière efficace, il est presque certain que leur taux de suicide augmentera à mesure que leur nombre s'accroîtra."

Robert Niccolini

TABLE DES MATIÈRES

Chapitre		Page
I.	INTRODUCTION	1
	1. Ramifications du vieillissement de la population canadienne - Effets directs et indirects	2
	2. Objectifs	2
	3. Définitions	3
	(a) Suicide	3
	(b) Personnes âgées	4
	(c) Taux bruts et normalisés	4
	4. Données: sources, mises en garde et limites	4
II.	POPULATION EXPOSÉE	6
	1. Éléments de théories choisies sur le suicide	6
	2. Principales causes déterminantes du suicide	9
	3. Aperçu statistique des suicides au Canada	18
III.	PRÉVENTION DES SUICIDES	32
	1. Activités actuelles	32
	2. Autres mesures proposées	34
IV.	RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS	39
	ANNEXES	41
	RÉFÉRENCES	57
	BIBLIOGRAPHIE	63

LE SUICIDE CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES AU CANADA

I. INTRODUCTION

En 1974, le taux de suicide déclaré au Canada s'élevait à 12.9 pour 100 000 habitants[1], ce qui le plaçait dans une position légèrement inférieure à la moyenne, comparativement à la Grèce et à l'Italie, dont les taux s'élevaient à 2.8 et 5.8 respectivement, et à la Finlande et à la Hongrie, dont les taux atteignaient 25.1 et 40.6 respectivement. Il faut toutefois user de précautions lorsque l'on compare les taux de suicide entre divers pays, car il existe toutes sortes de variations au niveau des méthodes de déclaration; en outre, les différences culturelles et les croyances religieuses peuvent, entre autres, expliquer la disparité au niveau de la désignation ou de la déclaration des suicides. La reconnaissance des difficultés que pose ainsi la comparaison générale des taux n'amoindrit nullement la gravité du problème. La présente étude vise à analyser la situation au Canada.

Le suicide constitue maintenant, au Canada, la quatrième cause d'années potentielles de vie perdues (A.P.V.P.)* entre les âges de 1 et de 70 ans, immédiatement après les cardiopathies ischémiques, les accidents de la circulation et les autres accidents. Le taux d' A.P.V.P. imputable au suicide a doublé depuis 1950[2].

En 1977, le taux de suicide déclaré au Canada s'élevait à 14.3 pour 100 000 habitants, comparativement à 16.2 pour le groupe des personnes âgées de 65 ans et plus. La répartition de ce chiffre selon le sexe donne un taux déclaré de 21.2 pour les hommes et de 7.3 pour les femmes, comparativement à 26.9 et à 7.8 pour les hommes et les femmes de 65 ans et plus. En résumé, le taux de suicide varie selon le sexe au sein de l'ensemble de la population canadienne et au sein du groupe des personnes âgées de 65 ans et plus. La différence est particulièrement importante chez les personnes âgées de

---

* On accorde un "poids" plus important aux A.P.V.P. relativement aux décès chez les personnes plus jeunes.

sexe masculin, dont le taux de suicide est trois fois plus élevé que celui des femmes âgées. Cette question sera analysée plus loin d'une manière plus approfondie.

1. Ramifications du vieillissement de la population canadienne

En 1921, le nombre de personnes âgées au Canada s'élevait à 420 000, soit 4.8% de l'ensemble de la population, comparativement à un peu plus de 2 000 000 en 1976. Selon une projection démographique de Statistique Canada[3], le nombre des personnes de 65 ans ou plus passera de 8.7 % de l'ensemble de la population en 1976 à 11.9 % (3 425 000) en l'an 2001 et l'on s'attend que ce nombre s'accroisse ensuite de façon marquée jusqu'à atteindre 20.2 % (6 240 000) d'ici l'an 2031. Ainsi, entre les années 1976 et 2031 le nombre de personnes âgées triplera au Canada. Cette augmentation influera-t-elle sur les facteurs qui pourraient occasionner un accroissement du taux de suicide?

Effets directs et indirects

Le vieillissement de la population peut avoir un effet direct sur les programmes économiques, sanitaires et sociaux, car l'on peut s'attendre qu 'un nombre accru de personnes dépendent de ces derniers. Si la disponibilité des programmes nécessaires venait à diminuer, pour quelque raison que ce soit, les personnes âgées pourraient subir de graves préjudices. Il s'agit là d'une des questions dont traite le présent document.

2. Objectif

L'objectif de la présente étude consiste à passer en revue les connaissances et les données actuelles sur le suicide chez les personnes âgées, afin de déterminer quels groupes courent le plus de risques.

A cette fin:

a) plusieurs théories importantes sur le suicide seront examinées, afin d'étayer les conclusions tirées par certains chercheurs après avoir vérifié diverses hypothèses;

b) des données statistiques particulières seront analysées, afin de délimiter les groupes courant un risque élevé; et

c) des renseignements appropriés seront étudiés, afin d'identifier les activités entreprises par le gouvernement fédéral, les gouvernements provinciaux et d'autres organismes susceptibles d'aider à réduire les effets des facteurs qui comportent des risques élevés.

3. Définitions

a) Suicide

Bien que le suicide en tant qu'acte remonte probablement au tout début de l'humanité, le terme est plus récent. Il est tiré du latin: "suicidium". Selon Émile Durkheim[4], le mot "suicide" s'applique à tous les cas de mort qui résultent directement ou indirectement d'un acte positif ou négatif, accompli par la victime elle-même et qu'elle savait devoir produire ce résultat. Aux yeux du profane, le suicide constitue probablement un acte d'autodestruction. Dans la présente étude, les données sur le suicide correspondent à la définition dont se sert Statistique Canada[5]:

> Le mot "suicide",..., vise les décès que, à la suite de l'enquête ordinairement exigée en vertu de la loi, les coroners ou les médecins examinateurs inscrivent officiellement comme étant dus ou "probablement dus" au suicide.

b) Personnes âgées

Cette catégorie vise les personnes âgées de 65 ans et plus. Bien que cet âge représente un point de repère arbitraire, c'est un fait qu'en 1976, 87.9 % des personnes âgées de 65 ans et plus étaient à la retraite[6]. Il existe plusieurs raisons pour prendre sa retraite, mais la plus importante est le fait que cet âge de 65 ans est la limite imposée par un grand nombre de régimes de pensions; la maladie peut, bien sûr, forcer un particulier à prendre sa retraite avant d'avoir atteint "l'âge de la retraite normal" de 65 ans.

c) Taux bruts et normalisés

Dans la présente étude, la détermination des taux de suicide est fondée sur l'utilisation de taux bruts et normalisés.

Taux brut

Le taux brut désigne le taux de décès au sein de tout groupe de population, pour 1 000 habitants de ce groupe. Sauf indication contraire, la présente étude est fondée sur l'utilisation du taux brut de suicide.

Taux normalisé

Le taux normalisé tient compte des variations au niveau de groupes de population différents, en rajustant la structure par âge du groupe de population en question par rapport à un groupe correspondant quelconque.

4. Données: sources, mises en garde et limites

Il est généralement reconnu que les données sur le suicide ne reflètent pas la situation réelle, parce que les cas ne sont pas tous déclarés. Les chercheurs ont donc tendance à produire des estimations à partir du nombre officiellement déclaré de suicides, lesquels

varient de un tiers[7] à une demie[8], selon le degré de conviction du chercheur à l'égard de la déclaration incomplète du nombre de suicides. Douglas[9] a énuméré cinq facteurs qui expliquent le manque de fiabilité des statistiques officielles sur le suicide:

a) le choix des statistiques officielles dont on se sert pour vérifier les théories sociologiques;

b) les différences culturelles au niveau des efforts déployés pour cacher le suicide;

c) les effets de divers degrés d'intégration sociale sur la tenue de statistiques officielles;

d) les variations importantes sur le plan de la détermination sociale des motifs;

e) la collecte plus étendue et plus spécialisée de statistiques au sein de certaines populations.

Statistique Canada constitue la source des données canadiennes de base qui ont servi à la présente étude. Cet organisme est parfaitement conscient des lacunes au niveau des données. Leurs imperfections n'empêchent cependant pas de discerner l'importance du problème.

Des études sur les rapports entre le suicide et les personnes âgées en soi ont déjà été effectuées aux États-Unis, au Royaume-Uni et en Europe de l'Ouest, mais, malheureusement, peu d'activités de ce genre ont été accomplies au Canada. Cependant, comme les sociétés industrielles où ces études ont été entreprises comportent, sur le plan culturel, des points communs avec la société canadienne, les constatations de ces études peuvent servir à comprendre les facteurs qui incitent les personnes âgées à se donner la mort.

II. POPULATION EXPOSÉE

1. Éléments de théories choisies sur le suicide

Aucune analyse théorique sur le suicide ne peut être entamée sans considérer le travail important accompli, en France, par Émile Durkheim, à la fin du 19e siècle.

Après avoir examiné les facteurs psychologiques et autres éléments, comme la race et l'hérédité, qui influent sur le suicide, Durkheim a déterminé que ce sont les facteurs sociologiques qui expliquent le mieux le suicide en tant que phénomène collectif, ce qui laisse entendre que la force déterminante de l'acte suicidaire n'est pas d'ordre psychologique mais social.

En tenant compte des causes sociales, Durkheim a classé le suicide en quatre catégories, réparties en deux ensembles, soit l'égoïsme et l'altruisme et l'anomie et le fatalisme. Tandis que l'égoïsme suggère un manque d'interaction sociale significative, l'altruisme désigne une interaction sociale excessive. Durkheim a défini trois types de suicide altruiste:

a) Le suicide altruiste obligatoire: celui que l'on observe chez les personnes âgées, les aveugles, les malades, etc.

b) Le suicide altruiste facultatif: la victime fait peu de cas de la vie et a un préjugé favorable au suicide.

c) Le suicide altruiste aigü: celui que l'on retrouve chez les martyrs, les soldats, etc. (suicide mystique).

L'anomie suggère un manque de restrictions ou de règlements normatifs concernant le comportement; et, inversement, le fatalisme laisse entendre un excès de réglementation.

Selon Maris[10], le taux de suicide décrit par Durkheim dépend de forces extérieures à l'individu et contraignantes. Dans la mesure où les groupes sociaux sont harmonieux, intégrés et réglementés, et que l'individu est un membre central et actif de ces groupes, les risques de suicide de cet individu seront minces et une population composée de tels individus connaîtra un taux de suicide peu élevé. Durkheim a donc conclu que "le suicide varie en raison inverse du degré d'intégration des groupes sociaux dont fait partie l'individu".[11]

Durkheim en est arrivé à cette conclusion après avoir vérifié d'une manière empirique un certain nombre de propositions. Ses conclusions comprennent les suivantes: les adultes âgés connaissent des taux de suicide plus élevés que les enfants et les jeunes adultes; le suicide survient rarement chez les enfants et diminue chez les personnes âgées aux derniers confins de la vie; le taux de suicide chez les hommes est presque trois fois supérieur à celui des femmes, à tous les âges, et le taux de suicide des personnes non mariées, et plus particulièrement des divorcés, est supérieur à celui des personnes mariées.

Tous ces résultats particuliers s'expliquent par le postulat sur l'intégration sociale, que Durkheim n'a jamais défini d'une manière précise. On peut toutefois déduire de ses travaux que l'intégration sociale croît lorsque les groupes bénéficient au sein de la société d'interactions stables et durables. D'autres chercheurs qui ont vérifié les hypothèses de Durkheim se sont ralliés à un grand nombre de ses conclusions.

Andrew Henry et James Short ont fondé leur théorie sur l'hypothèse de la frustration-agression et sur la formulation clinique du suicide en tant que forme d'agression. Les auteurs ont examiné l'hypothèse selon laquelle le suicide et l'homicide constituent tous deux une réaction indifférenciée à une frustration extrême, résultant d'une perte de position extrême dans la hiérarchie des statuts, relativement au statut des autres dans le même système de référence.[12] La frustration est donc ainsi définie en termes de perte de statut.

Henry et Short ont lié le taux de suicide à des cycles économiques. Bien qu'ils convinssent avec Durkheim que le statut social élevé et des contraintes extérieures faibles sont liés à des taux de suicide élevés, ils ont ajouté à cette notion les variables de "contraintes internes" et de "frustration-agression". Ils ont considéré essentiellement que le comportement suicidaire est déterminé par des forces internes et externes agissant d'une manière conjuguée. En outre, Henry et Short ont supposé que l'agression est souvent, mais pas toujours, une conséquence de la frustration[13].

A l'instar d'un grand nombre d'autres sociologues, Jack Gibbs et Walter Martin ont reconnu que la vague définition de l'intégration sociale rend incomplète la théorie de Durkheim. Leur théorie de l'acceptation du statut[14], qui prévoit un rapport inverse entre le taux de suicide et l'acceptation du statut, est basée sur cinq postulats:

a) plus le taux de suicide est bas, plus les rapports sociaux sont stables et durables;

b) plus les rapports sociaux sont stables et durables, plus il y a de conformité aux attentes sociales;

c) plus il y a de conformité aux attentes sociales, moins il y a de conflits au niveau des rôles;

d) moins il y a de conflits au niveau des rôles, moins les individus jugent leur statut incompatible;

e) moins les individus jugent leur statut imcompatible, plus ils l'acceptent.

Peter Sainsbury[15] a examiné la différence de taux de suicide entre divers quartiers d'une même ville. Il a découvert que le taux de suicide était lié à l'isolement social, à la mobilité sociale et à la désorganisation sociale (par exemple, le divorce). Après avoir étudié

la situation des personnes âgées à Londres, Sainsbury a déclaré que les personnes âgées semblaient affligées davantage par la solitude et l'inactivité que par la pauvreté.

Warren Breed a examiné le genre de rapports sociaux interpersonnels qu'entretiennent les membres de la société. Il a plus précisément étudié le phénomène de la perte relativement au suicide: la perte d'un emploi, d'une personne et des rapports avec autrui, lesquels s'associent à un affaiblissement des rapports sociaux en général et non à la seule perte d'une personne. Selon Breed[16], la perte de mutualité ou des rapports avec autrui, en tant que genre, s'apparente beaucoup à la catégorie "egoïste" de Durkheim, dans laquelle l'individu manque de liens avec d'autres personnes et n'entretient pas avec elles des rapports étroits.

En résumé, Durkheim a mis l'accent sur l'intégration sociale, alors que Henry et Short ont favorisé la théorie de la frustration-agression. Cinq hypothèses sous-tendent la théorie de l'acceptation du statut énoncée par Gibbs et Martin. Sainsbury a, pour sa part, exposé les notions d'isolement social, de mobilité sociale et de désorganisation sociale et Breed a insisté sur les relations sociales interpersonnelles.

2. Principales causes déterminantes de suicide

Pourquoi les personnes âgées se suicident-elles? Un examen de la littérature sur le sujet permet de relever un certain nombre de facteurs: l'isolement social, la solitude, la retraite, l'état matrimonial, le revenu et la maladie; tous ces facteurs ont un effet important sur le bien-être de personnes âgées, et ce, à des degrés divers selon les individus. L'amélioration de l'une quelconque de ces variables pourrait influer positivement sur le bien-être des personnes âgées, indépendamment de toute préoccupation relative au suicide.

Solitude et isolement social

La solitude, que l'on retrouve même chez ceux qui sont entourés d'autres personnes, est souvent invoquée comme cause de suicide chez les personnes âgées. Les personnes isolées sur le plan social éprouvent un plus grand sentiment de solitude. Cet isolement peut mener à un manque d'intégration sociale, qui, plutôt que d'être causé par une perte bien précise, est le résultat d'une combinaison de pertes. La retraite et le veuvage en particulier constituent deux pertes graves qui entraînent d'importants changements de statut, survenant souvent chez les personnes âgées. Ces changements dénotent la perte définitive de deux rôles sociaux clés, de même que la perte des activités et des rapports qui définissent ces deux rôles[17]. Un grand nombre de chercheurs[18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25] sont d'avis que des pertes graves ou de grands changements au niveau du statut constituent des facteurs importants qui pourraient inciter au suicide.

Retraite

La plupart des personnes âgées n'occupent pas un emploi rémunéré. En 1976, les personnes âgées de 65 ans et plus représentaient 12.2 % de la main-d'oeuvre. Sur ce nombre, il y avait 68.5 % d'hommes et 31.5 % de femmes.[26]

La personne qui prend sa retraite doit s'adapter à un nouveau rôle, et ce, à un moment dans sa vie où il lui est plus difficile de s'habituer au changement. Cette personne, qui perd son statut de travailleur et n'a plus de but professionnel à atteindre, doit peut-être maintenant dépendre de la société ou de sa famille pour subvenir à ses besoins financiers.

En 1975, près de la moitié des hommes retraités et un tiers des femmes retraitées au Canada n'ont pas pris leur retraite au moment où ils le désiraient[27]. Comme la "retraite volontaire" est soumise à toutes sortes d'interprétations, les données déclarées comprenaient les personnes qui avaient dû prendre leur retraite pour cause de maladie,

ainsi que celles qui avaient dû se conformer aux dispositions de leur régime de pensions mais qui, connaissant ces dispositions, les avaient acceptées et avaient pris "volontairement" leur retraite. Étaient également incluses les personnes qui avaient pris volontairement leur retraite avant l'âge de 65 ans, mais à une date ultérieure à celle qu'elles avaient prévue, souvent à cause de facteurs économiques.

Les personnes qui prennent leur retraite sont souvent traumatisées par ce changement. On a découvert qu'aux États-Unis les hommes meurent en moyenne deux ans et demie après avoir pris leur retraite[28]. Une étude de Statistique Canada sur la retraite et la mortalité[29], publiée en juin 1980, indique que la mortalité chez les hommes est plus élevée au cours de la deuxième année de retraite, comparativement à la population masculine en général. Les conclusions de cette étude, qui portait sur 21 000 hommes et femmes ayant pris leur retraite en 1970 et touchant des prestations du Régime de pensions du Canada (R.P.C.)*, devraient toutefois être considérées avec certaines réserves en raison de ses limites. Beaucoup plus d'hommes que de femmes touchent des prestations du R.P.C. et le nombre total de retraités est supérieur au nombre de bénéficiaires du R.P.C. Compte tenu de ces réserves, il semble que les hommes qui s'approchent de l'âge de 66 ans constituent un groupe à risque élevé. En général, le taux de suicide est élevé chez les hommes âgés, et la retraite pourrait constituer un facteur contributif. Un des chercheurs estime d'ailleurs que le manque d'occupation chez les personnes âgées pourrait être un des facteurs qui isolent les hommes âgés sur le plan social et les prédisposent au suicide[30].

---

* La présente étude ne tient pas compte des retraités du Québec, car cette province administre son propre régime de retraite, c'est-à-dire le Régime de rentes du Québec (R.R.Q.).

En résumé, la perte du statut atteint en tant que travailleur, la retraite obligatoire prévue par un grand nombre de régimes de pensions et les tensions et le sentiment d'inutilité qu'apporte souvent la retraite sont tous des facteurs pouvant conduire au suicide.

État matrimonial

En 1978, Statistique Canada a estimé que 2 135 200 personnes étaient âgées de 65 ans ou plus, soit 925 700 hommes et 1 209 500 femmes. Ce groupe de population comprenait 732 400 veufs, c'est-à-dire 136 000 hommes et 596 400 femmes (plus de quatre femmes pour un homme).

On reconnaît depuis longtemps que l'état matrimonial influe sur le taux de suicide; ce dernier est généralement bas chez les personnes mariées et plus élevé chez les non-mariés, qu'il s'agisse de célibataires, de personnes séparées, de divorcés ou de veufs. Comme le divorce est principalement associé aux jeunes et aux gens d'âge moyen et le veuvage à la population plus âgée, c'est ce dernier phénomène qui revêt dans le cas présent le plus d'importance.

Le veuvage doit être considéré comme une situation critique sur le plan social et affectif. Durkheim[31] est généralement considéré comme le premier sociologue bien connu à souligner les rapports existant entre le veuvage et le suicide. Le survivant, affligé par la disparition de son conjoint, peut être incapable de s'adapter à la nouvelle situation et, par conséquent, offre moins de résistance au suicide.

L'organisation de la société dans laquelle vivent les personnes âgées peut influer sur la tendance au suicide. La transformation de la société agraire en société urbaine et industrielle en Amérique du Nord a donné lieu à une nouvelle conception des personnes âgées, favorisant leur isolement involontaire[32]. Les jeunes étaient perçus comme attachant une importance considérable à la réussite professionnelle et l'on a considéré que cette situation, de même que la grande mobilité de la main-d'oeuvre, ont éloigné les personnes âgées de leur famille. La

société s'est ainsi mise à considérer les personnes âgées, tant au niveau de l'individu que du couple, comme rejetées et seules et, également, comme un fardeau. Dans une grande mesure, ce stéréotype s'applique toujours aujourd'hui[33].

Les personnes âgées perdent progressivement de leur mobilité et, en même temps, se trouvent peut-être très éloignées de leurs enfants et des autres membres de leur famille. Celles qui résident dans les grands centres urbains font face à la vie anonyme que l'on y mène. A mesure qu'ils avancent en âge, l'homme et la femme dépendent de plus en plus de l'un et de l'autre pour la compagnie, la compréhension, l'aide au niveau des activités de tous les jours et la sécurité dont ils ont besoin. La disparition de l'un des deux conjoints provoque chez le survivant un sentiment d'isolement et de solitude; elle peut aussi constituer une menace pour l'indépendance et la sécurité, et notamment la sécurité économique, qui peut subir certains bouleversements lorsque l'on passe du statut de couple à celui de personne seule.[34]

Les hommes et les femmes âgés réagissent de façon différente au décès de leur conjoint. Pour un homme, la perte de l'épouse représente peut-être aussi la disparition de la personne qui l'aidait le plus à communiquer avec son entourage. L'homme peut s'être fortement fié au cours de ses années de travail à son emploi et à ses collègues de travail pour se donner une identité sociale et personnelle et la retraite l'a peut-être forcé à dépendre davantage de son conjoint pour maintenir cette identité. Dans ces conditions, le décès de l'épouse peut l'éloigner encore plus des autres individus et groupes[35]. Bien que le risque de suicide atteigne son point culminant au cours de la première année de veuvage, il demeure toujours élevé pendant les quatre premières années[36].

Les veuves, par contre, ont peut-être plus de chances de continuer à tenir la maison en ordre, à aller à l'église, à accomplir des services bénévoles et à demeurer en contact avec la parenté. Dans son rôle de grand-mère, la femme est probablement exposée à une gamme plus

vaste d'activités significatives que le grand-père*. Il est donc possible qu'il lui soit relativement plus facile de trouver d'autres genres d'associations suffisamment importantes pour l'empêcher de vouloir mourir.[38] Certains spécialistes estiment en outre que la collectivité est plus sensible à la triste situation des veuves et plus susceptible de nouer avec elles, plutôt qu'avec les veufs, des liens étroits[39].

La disparition du conjoint peut être une source de tensions très éprouvante, et plus particulièrement pour l'homme, qui après s'être adapté tant bien que mal à son nouveau statut de retraité, est forcé, au décès de son conjoint, d'adopter de nouveaux rôles. Ces deux facteurs placent l'homme âgé dans une situation totalement différente.

Revenu

En général, les retraités disposent de moins d'argent qu'à l'époque où ils travaillaient, ce qui, en retour, influe sur tout le réseau des relations sociales. Les personnes âgées peuvent éprouver de la difficulté à s'adapter aux changements importants que subit leur niveau de vie et à continuer d'entretenir des rapports satisfaisants avec leurs parents, leurs amis et les organismes communautaires. Ils peuvent interpréter ces changements comme une régression, ce qui, selon certains spécialistes, joue un rôle important dans la motivation du suicide [40, 41, 42].

De nombreux chercheurs ont souligné l'importance des facteurs économiques dans le suicide[43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51]. Comme il est bien connu qu'il faut un certain temps avant de s'adapter à la nouvelle situation financière qu'entraîne la retraite, il semble raisonable de considérer que la non-adaptation à cette nouvelle situation pourrait influer sur le niveau des suicides chez les personnes

---

* Le rôle de grand-père peut constituer un élément important de la survie de l'homme[37].

âgées[52]. Il est donc fort possible que les difficultés économiques, jointes à la maladie, au veuvage, etc., occasionnent un taux élevé de suicide.

Maladie physique

Une maladie physique grave peut comporter de sérieuses conséquences. Plusieurs personnes âgées préfèrent se donner la mort, plutôt que d'attendre passivement et dans la souffrance. Certains chercheurs[53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60] ont indiqué que chez les personnes âgées gravement atteintes, le risque de suicide est accru; leurs statistiques révèlent qu'entre 35 et 85 % des personnes âgées qui se sont suicidées souffraient d'une grave maladie. Cet état peut occasionner d'autres facteurs, comme la solitude et l'isolement social, des difficultés économiques et une perte d'indépendance, qui, mis ensemble, peuvent contribuer au suicide.

Plus des deux tiers des personnes âgées de 65 ans et plus souffrent d'une maladie chronique, comme l'hypertension, l'arthrite, le diabète, la surdité, des troubles visuels ou toute autre affection qui empêche de communiquer d'une manière appropriée[61]. L'invalidité, définie en termes de restriction des activités, touche 30 % des Canadiens âgés[62]. Toute maladie chronique grave peut mener à la dépression et, en fin de compte, au suicide[63]. Les personnes âgées atteintes d'une maladie chronique constituent donc un groupe courant des risques élevés. Bien que les notes écrites par les suicidés avant de se donner la mort varient quelque peu selon l'âge et la catégorie sociale ou économique de l'auteur, les personnes âgées donnent le plus souvent la maladie physique comme motif de leur suicide[64].

Entre 70 et 90 % des personnes âgées qui se sont suicidées avaient été vues par leur médecin 3 à 6 mois avant leur décès. Ces spécialistes sont bien placés pour identifier les patients qui manifestent des tendances au suicide, prendre des mesures préventives ou orienter ces patients vers la personne compétente[65, 66]. S'il est vrai qu'au sein de la population en général, l'état de santé d'un malade

peut s'améliorer au cours de cette période de temps, cela n'est pas le cas des personnes âgées, dont les forces tendent à s'amenuiser progressivement.

Maladies mentales

Les cas de suicide chez les personnes âgées ne sont pas toujours imputables à une affection mentale. Des études ont toutefois démontré l'existence dans certains cas d'affections telles que la dépression et la démence.

Les spécialistes mentionnent souvent que la dépression accompagne le comportement suicidaire. Cette affection mentale est particulièrement répandue chez les personnes âgées et est généralement reconnue comme un signe avant-coureur du suicide[67, 68, 69]. Dans une étude menée en 1970 aux États-Unis, on a découvert que 28 % des suicides avaient été commis par des personnes âgées de 60 ans ou plus. Plus de la moitié de ce groupe souffrait de dépression[70]. Selon une autre enquête effectuée aux États-Unis, à partir de l'âge de 55 ans le taux de dépression peut être aussi élevé que 10 %; chez les personnes de 65 ans et plus, ce taux peut atteindre jusqu'à 50 % [71].

Le Dr Peter Bolland, président du Comité spécial de la gériatrie du Collège des médecins de famille du Canada, a déclaré que chez les personnes âgées placées en établissement, la dépression est la maladie mentale qui atteint le plus souvent les personnes de 65 ans et plus, et que, après l'âge de 75 ans, seule la démence l'égale en importance. Le Dr Bolland considère l'isolement, le deuil et la maladie, joints aux difficultés d'ordre social et économique, comme les principaux facteurs qui mènent les vieillards à la dépression[72]. Bien que ces observations ne concernent que les personnes âgées placées dans un établissement, les facteurs énoncés peuvent également s'appliquer à toutes les personnes âgées.

La dépression constitue souvent la réaction des personnes âgées devant les vicissitudes de la vie qu'elles mènent. Les vieillards

s'adaptent moins rapidement, tant sur le plan mental que physique, aux changements qu'apportent la retraite, la diminution des ressources financières, le décès de parents ou d'amis et la maladie[73]. Ils sont en outre plus suspectibles de souffrir d'une dépression nerveuse s'ils ne sont pas intégrés à la communauté et ne se sentent pas utiles, appréciés et aimés[74]. Fann et Wheless proposent un moyen d'atténuer cette difficulté: "Les personnes âgées qui continuent de travailler, et qui conservent peut-être ainsi un sens à leur vie, bénéficient d'un taux de dépression moins élevé. L'activité physique joue un rôle utile dans le traitement des aspects somatiques du chagrin et de la dépression, et les relations interpersonnelles qu'apportent le travail peuvent aider à restructurer le comportement"[75].

Il est probable que moins de 5 % des personnes âgées de 65 ans ou plus souffrent de démence sénile[76]. Une étude signale que l'on a observé des symptômes de démence sénile chez 10 % seulement des personnes âgées qui ont tenté de se donner la mort[77]. Un suicide réussi demande généralement de la coordination, de la planification, de la détermination et une certaine conscience de la réalité. Par conséquent, la personne qui ne jouit pas de telles facultés et dont le jugement et les capacités intellectuelles sont affaiblis ne réussira vraisemblablement pas à se suicider[78].

Les maladies mentales doivent être considérées comme un important facteur de prédisposition au suicide chez les personnes âgées. La société moderne tend toutefois à attribuer des "troubles mentaux" à tous ceux qui décident de mettre un terme à leur existence. L'un des motifs possibles de cette tendance est l'acceptation généralisée des explications "psychologiques, psychoanalytiques et psychiatriques" du comportement, tout comme la supposition selon laquelle les personnes qui se suicident ou tentent de le faire souffrent généralement de troubles mentaux, ce qui empêche d'en attribuer la responsabilité à des problèmes sociaux, des arrangements sociaux ou à la politique sociale en général[79].

3. Aperçu statistique des suicides au Canada

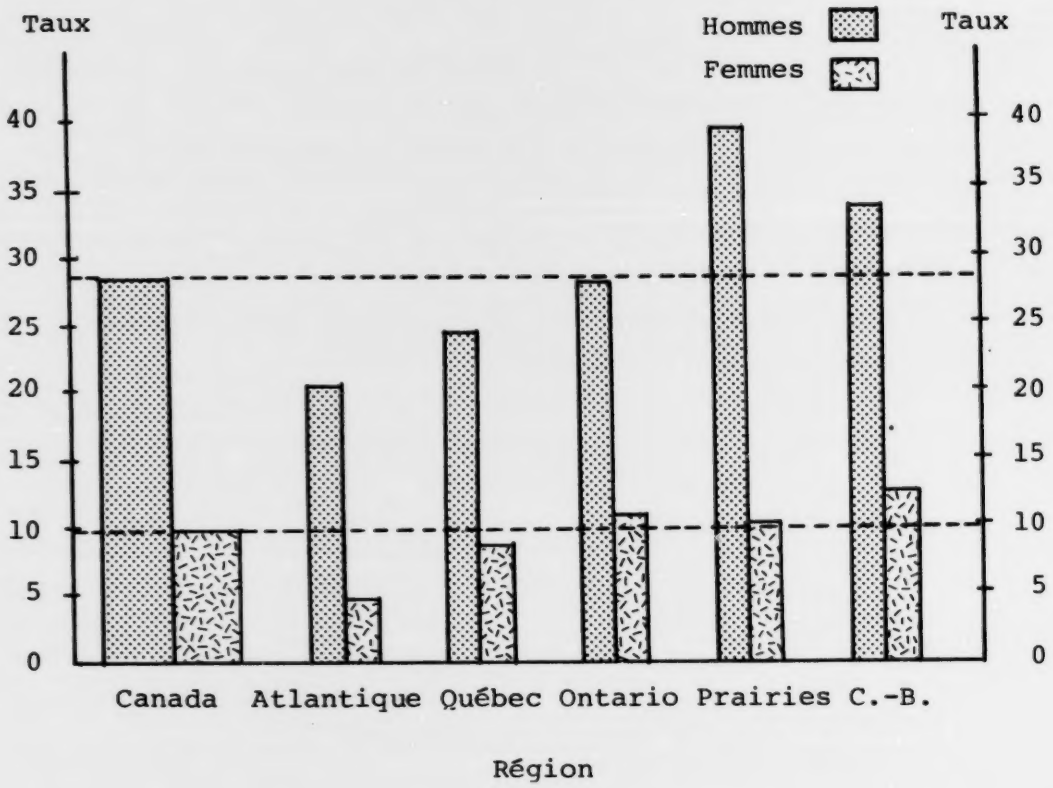
Avant l'âge de 15 ans, le suicide est rarement déclaré comme tel et, quelles que soient les conclusions, l'acte est généralement considéré comme un accident. Par conséquent, les statistiques concernant la population âgée de 15 ans et plus présentent probablement un tableau plus précis de la situation réelle que celles qui portent sur l'ensemble de la population. En tenant compte de cette mise en garde, le taux de suicide brut pour l'ensemble de la population canadienne en 1977 était de 14.3 pour 100,000 habitants, comparativement à 19 pour la population adulte* Pour 100 000 hommes au sein de la population totale, le taux était de 21.2 et, pour les femmes, de 7.4; en ce qui concerne la population adulte, les chiffres s'élèvent à 28.5 et 9.6 respectivement.

---

* Nombre de suicides déclarés au sein de la population totale: 3,317; nombre de suicides déclarés au sein de la population adulte: 3,284.

Tableau 1

Taux de suicide brut chez les personnes de 15 ans et plus, selon le sexe, Canada et régions, 1977 (pour 100 000 habitants)



Source: Taux calculés par Santé et Bien-être social Canada, à partir des statistiques de l'état civil, de Statistique Canada (1977), et des estimations de la population, selon le sexe et l'âge, de Statistique Canada (1977)

Le tableau 1 indique que chez les hommes adultes, les taux de suicide dans les provinces de l'Ouest sont plus élevés que la moyenne au Canada, alors que chez les femmes, les taux dépassent la moyenne en Ontario et dans l'Ouest du Canada.

Personnes âgées de 65 ans et plus

En 1977, les données officielles indiquaient que 335 Canadiens âgés s'étaient suicidés. Ainsi, bien qu'ils n'aient représenté que 9 % de l'ensemble de la population, les personnes âgées sont intervenues pour 10 % de l'ensemble des suicides déclarés au Canada. Le nombre de suicides augmentera probablement de pair avec le nombre de personnes âgées: en l'an 2031, les personnes âgées représenteront 20%* de la population totale et l'on s'attend à ce qu'elles représentent environ 21%** des suicides. En 1977, le taux de suicide pour 100 000 personnes âgées s'élevait à 16.2, ce qui était légèrement supérieur au taux de suicide de la population totale (14.3), et légèrement inférieur à celui de la population adulte (19.3).

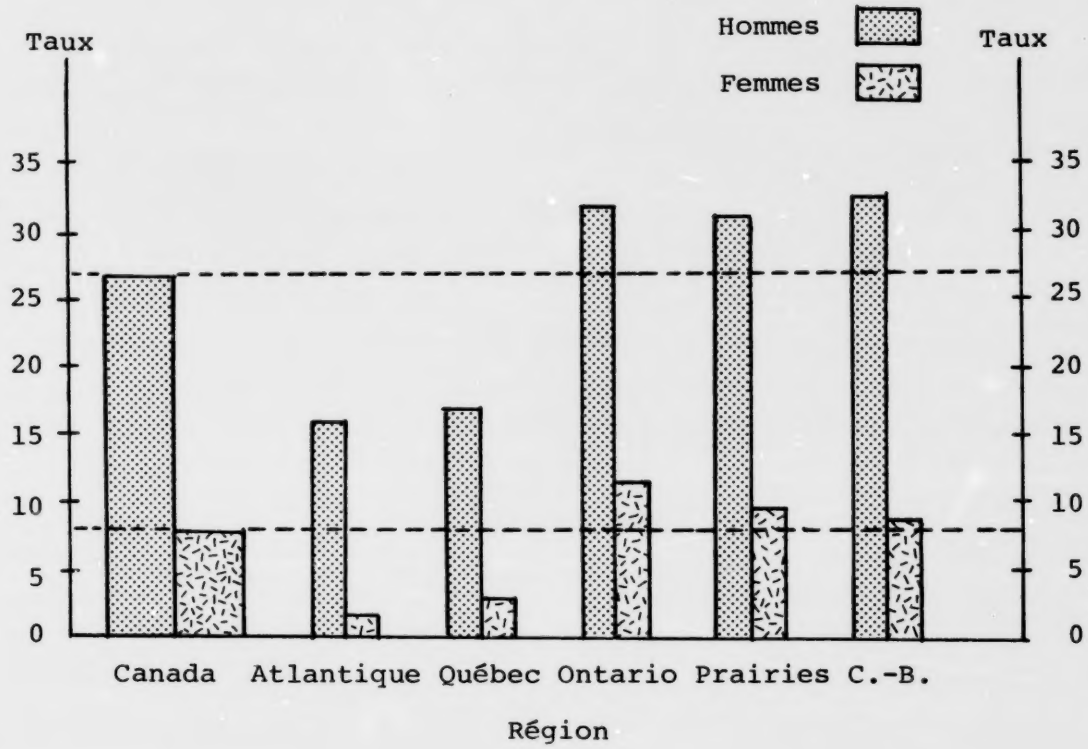
---

* Taux fondé sur la projection n° 3 de Statistique Canada.

** Taux fondé sur la projection n° 3 de Statistique Canada et sur les statistiques de l'état civil de Statistique Canada (1977)

Tableau 2

Taux de suicide brut chez les personnes âgées de 65 ans et plus selon le sexe, Canada et régions, en 1977 (pour 100 000 habitants)



Source: Taux calculés par Santé et Bien-être social Canada, d'après les statistiques de l'état civil de Statistique Canada (1977), et les estimations de population, selon le sexe et l'âge, de Statistique Canada (1977).

Le tableau 2 indique que les hommes âgés, à l'instar de leurs homologues de la population adulte, connaissent généralement un taux de suicide plus élevé que les femmes: le taux de 26.9 pour les hommes de 65 ans et plus représente plus du triple de celui des femmes, qui est de 7.8.

L'Ontario, les Prairies et la Colombie-Britannique ont un taux de suicide analogue pour les hommes âgés (environ 32 pour 100 000 habitants) et ce taux est sensiblement plus élevé que celui du Québec et de la région atlantique, soit 17.1 et 16.1 respectivement. Le taux de suicide chez les hommes âgés de l'Ontario, des Prairies et de la Colombie-Britannique est aussi plus élevé que celui de l'ensemble du Canada. Chez les femmes âgées, les tendances sont analogues.

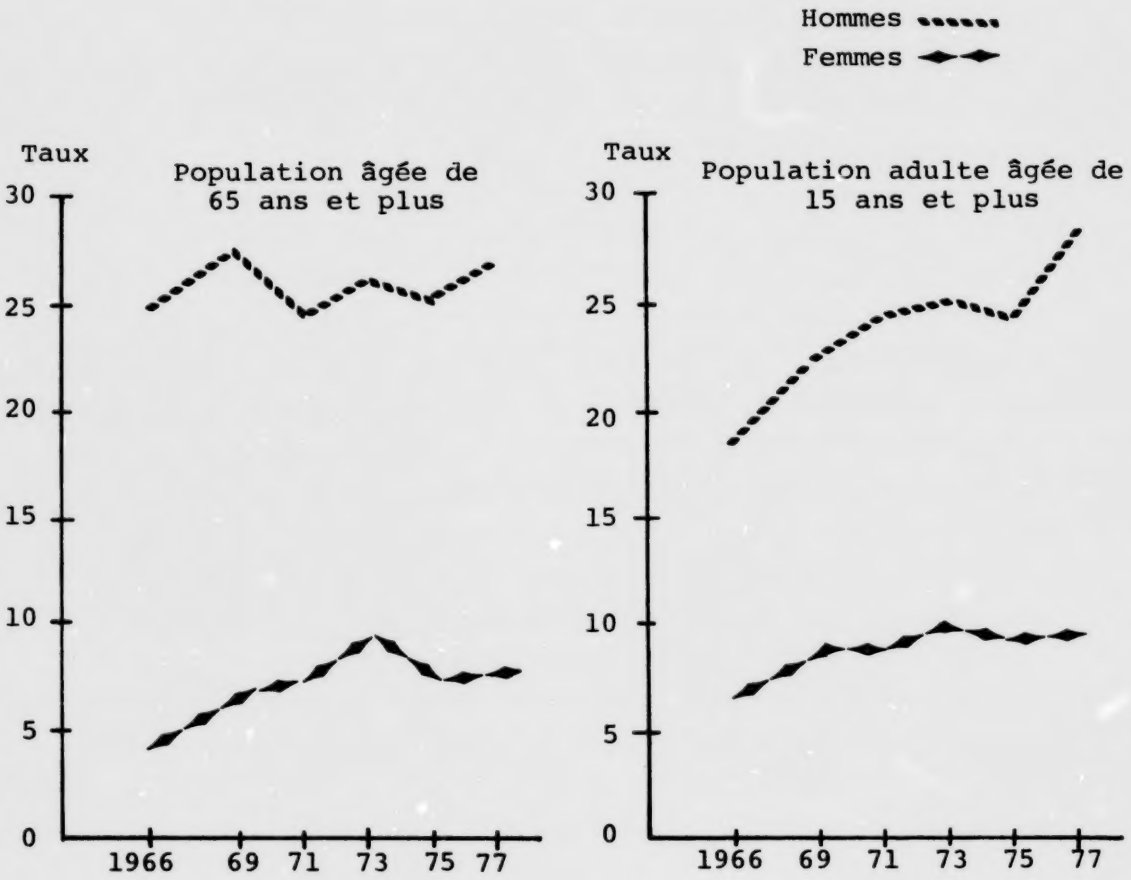
Quelle que soit la population en cause, totale, adulte, active (c'est-à-dire, employés âgés entre 15 et 64 ans) ou âgée de 65 ans et plus, les taux de suicide sont plus élevés dans l'Ouest du Canada que dans l'Est. A ce jour, aucune étude n'a été entreprise pour essayer d'en déterminer les motifs possibles. Des facteurs comme les modes de déclaration, la religion, les caractères ethniques et la mobilité de la population, avec les effets concomitants qu'une telle migration produit chez les personnes nées dans une région particulière, peuvent avoir tendance à influer sur le taux de suicide.

Taux de suicide normalisé

La normalisation des taux de suicide est importante; elle permet de tenir compte des variations des taux de suicide qui sont imputables aux différences de structure de la population selon l'âge et le sexe, ou des changements que peut subir avec le temps un groupe particulier. Le tableau 3 compare le taux de suicide normalisé au sein de la population adulte avec celui de la population âgée, selon le sexe et pour des années choisies entre 1966 et 1977, cette dernière année étant prise comme référence.

Tableau 3

Comparaison du taux de suicide normalisé* de populations différentes, selon le sexe et pour certaines années, Canada (pour 100 000 habitants)



Source: Taux calculés par Santé et Bien-être social Canada, d'après les statistiques de l'état civil de Statistique Canada (1966-1977), les estimations de la population annuelles révisées, selon le sexe et l'âge, de Statistique Canada (1966-1977) et les estimations de la population selon le sexe et l'âge (1977).

* Normalisé selon la population de 1977 au sein de chaque groupe d'âges.

Le tableau 3 indique que dans les deux groupes de population, le taux de suicide des hommes est plus élevé que celui des femmes. Pour les personnes de 65 ans et plus, les taux relatifs aux hommes ont fluctué selon les années, alors que chez les femmes, ils ont augmenté entre les années 1966 et 1973.

Le taux de suicide normalisé chez les hommes de 65 ans et plus était plus élevé entre 1966 et 1971, et, par la suite, jusqu'en 1975, comparativement au taux de la population adulte. En 1977, le taux de suicide chez les hommes âgés était légèrement inférieur à celui de la population adulte, c'est-à-dire 26.9 par rapport à 28.3. Chez les femmes de 65 ans et plus, le taux de suicide normalisé a augmenté depuis 1966, mais il est demeuré légèrement inférieur au taux de suicide normalisé de la population adulte.

Le taux relatif aux hommes adultes a augmenté graduellement de 1966 à 1971, est demeuré passablement constant jusqu'en 1975, où il a ensuite augmenté d'une manière marquée; chez les hommes âgés, le taux a eu tendance à fluctuer. Au cours de la même période, le taux relatif aux femmes adultes est demeuré passablement constant; celui des femmes âgées n'a augmenté que légèrement jusqu'en 1973, où il a subi une hausse plutôt marquée avant de diminuer par la suite.

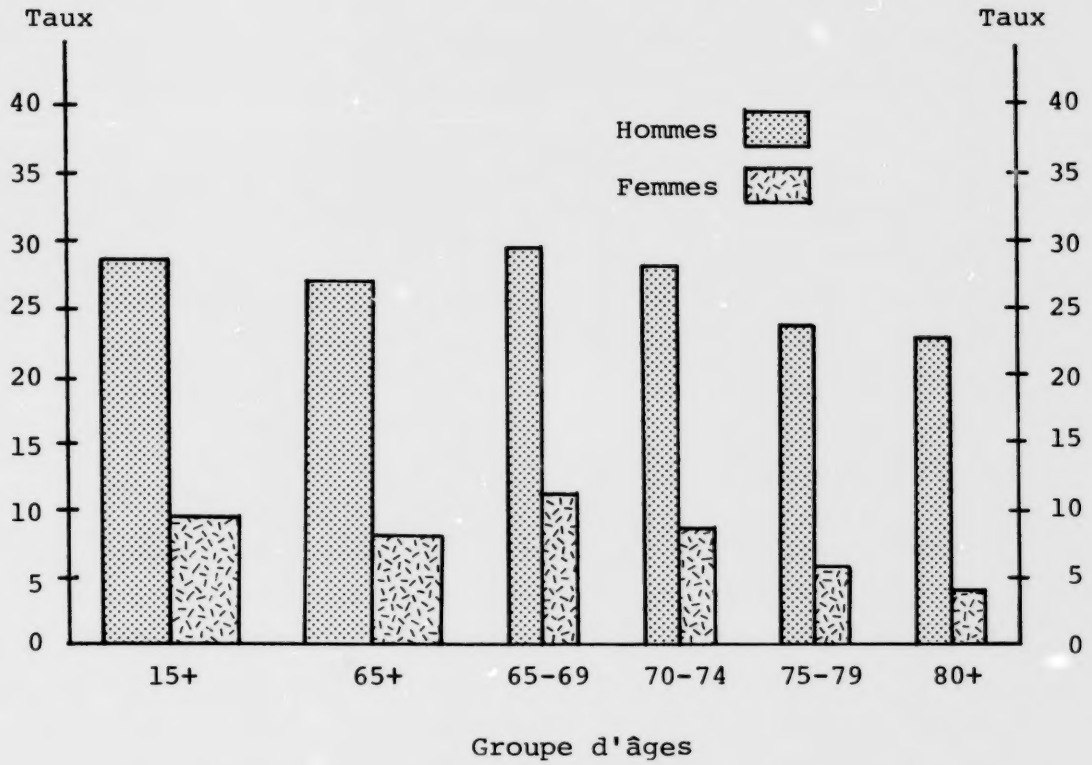
Comparativement à la population adulte, les taux normalisés qui concernent la population active sont quelque peu plus élevés (voir le tableau 9, Annexe B). Les taux relatifs aux hommes et aux femmes de 65 ans et plus révèlent des tendances analogues lorsqu'on les compare à ceux de la population active et de la population adulte.

Comparaisons entre plusieurs groupes

Le tableau 4 compare les taux bruts de suicide en 1977 de la population adulte, des personnes âgées de 65 ans et plus et des personnes âgées réparties en groupes quinquennaux choisis.

Tableau 4

Taux bruts de suicide au sein de certains groupes d'âges, selon le sexe, Canada, 1977
(pour 100 000 habitants)



Source: Taux calculés par Santé et Bien-être social Canada, d'après les statistiques de l'état civil de Statistique Canada (1977) et les estimations de population, selon le sexe et l'âge, de Statistique Canada (1977).

Chez les hommes de 65 à 69 ans, le taux de suicide est deux fois plus élevé que celui des femmes du même groupe d'âges. La différence est encore plus marquée dans les groupes d'âges plus avancés. En effet, chez les personnes âgées l'écart du taux de suicide entre les hommes et les femmes croît avec l'âge.

Le taux de suicide chez les personnes âgées était légèrement inférieur à celui de la population adulte en 1977. Les hommes et les

femmes de 65 à 69 ans ont accusé toutefois un taux de suicide plus élevé que celui de la population adulte, c'est-à-dire 29.3 et 11.1 comparativement à 28.3 et 9.6.

Si l'on compare le groupe d'âges de 65 à 69 ans au groupe des 65 ans et plus, le taux de suicide chez les hommes et les femmes de 65 à 69 ans est plus élevé, c'est-à-dire 29.3 et 11.1 comparativement à 26.9 et 7.8 pour le groupe des 65 ans et plus.

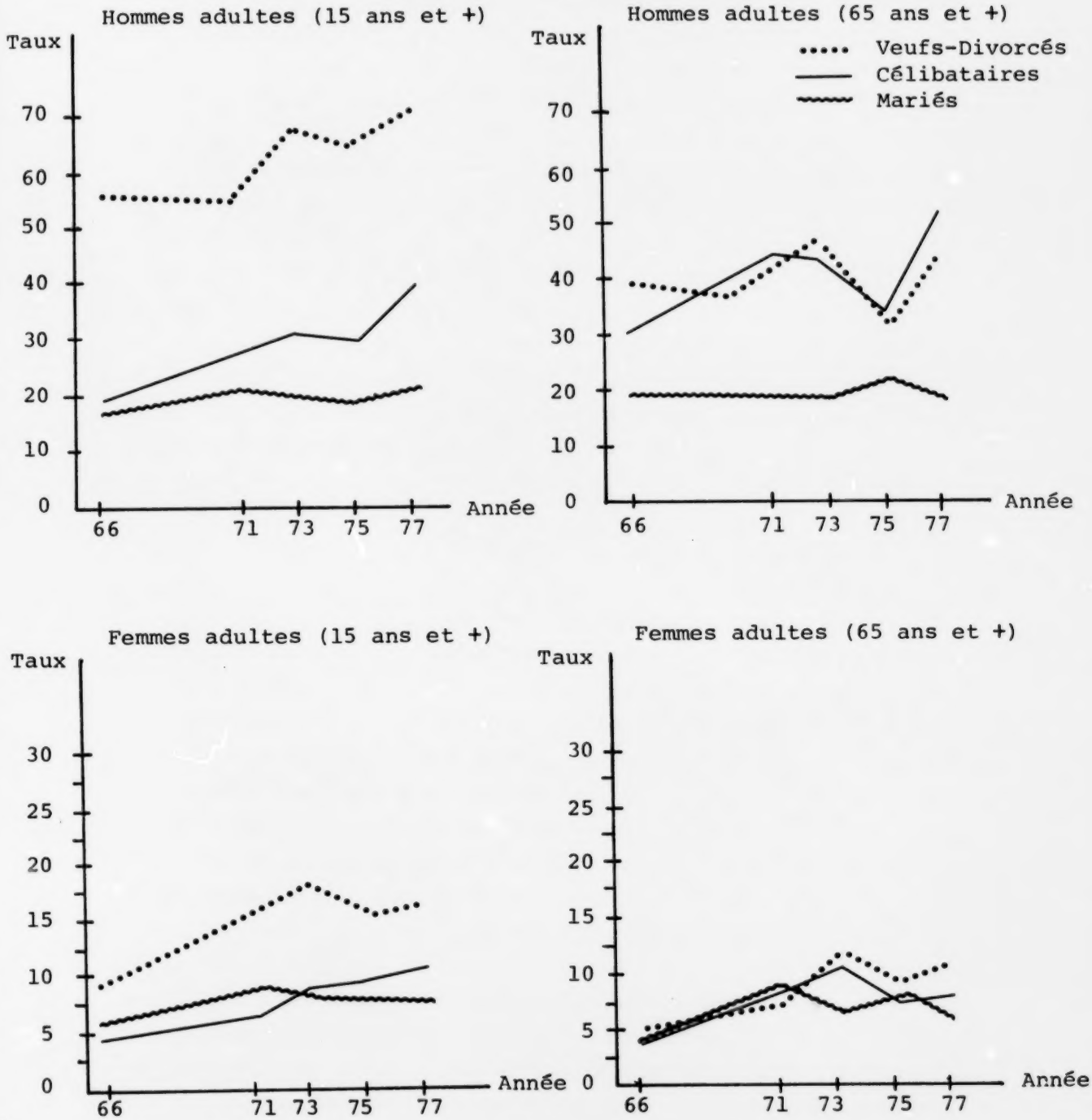
En résumé, le tableau 4 fait principalement ressortir que, chez les deux sexes, les taux de suicide diminuent avec l'âge et que chez les hommes et les femmes de 65 à 69 ans, le taux de suicide dépasse celui de la population adulte et celui de l'ensemble des personnes âgées.

État matrimonial et suicide

Comme il l'a été mentionné précédemment, l'état matrimonial influe sur le taux de suicide. Le tableau 5 présente les taux bruts de suicide au Canada, selon l'état matrimonial et le sexe. Le taux de suicide est également influencé par la composition selon l'âge de la population. Il est donc important de tenir compte de ce fait dans les études comparatives. Comme la présente étude ne couvre qu'une courte période de temps, l'utilisation des taux bruts de suicide ne devrait pas occasionner de différences marquées au niveau des taux de suicide.

Tableau 5

Taux bruts de suicide chez les adultes et les personnes âgées, selon le sexe, l'état matrimonial et certaines années, Canada (pour 100 000 habitants)



Source: Taux calculés par Santé et Bien-être social Canada, d'après les statistiques de l'état civil de Statistique Canada (1966-1977), les estimations annuelles révisées de la population, selon le sexe et l'âge, de Statistique Canada (1966-1975) et les estimations de la population selon le sexe et l'âge (1977).

Les tableaux précédents, qui répartissent les hommes adultes et les femmes adultes selon l'état matrimonial, révèlent une tendance générale à l'augmentation des taux de suicide, sauf chez les personnes mariées des deux sexes. Il existe un écart important entre les hommes divorcés ou veufs et les hommes célibataires et mariés. Si l'on examine le tableau concernant la population féminine adulte, l'écart entre les femmes divorcées ou veuves et les femmes célibataires et mariées est toujours le plus marqué, mais il l'est moins entre les adultes veuves ou divorcées et les adultes célibataires et mariées.

Le tableau concernant les hommes âgés indique que les veufs, divorcés ou célibataires connaissent des tendances analogues. Les taux de suicide des hommes âgés mariés sont inférieurs à ceux des autres catégories, et plus stables. Le tableau relatif aux femmes âgées montre des fluctuations à tous les niveaux, mais on constate toutefois une augmentation générale du taux chez les femmes âgées veuves ou divorcées.

En comparant les taux des hommes divorcés ou mariés chez les hommes adultes et âgés, on remarque que le taux général de suicide est plus élevé pour la population adulte. Cette différence apparente des taux relatifs aux veufs ou aux divorcés peut probablement s'expliquer par un taux de divorce plus élevé au sein de la population adulte. Le groupe des hommes âgés connaît, toutefois, un taux de suicide plus élevé chez les célibataires qu'au sein de la population masculine adulte. L'isolement social et la solitude, que l'on retrouve probablement surtout chez les personnes âgées, peuvent expliquer cette différence. Les hommes mariés des deux groupes de population connaissent un taux de suicide analogue, qui, en regard des divers états matrimoniaux considérés, se situe au niveau le plus bas.

Chez les femmes veuves ou divorcées des populations adultes et âgées, le taux de suicide est plus élevé que chez les femmes célibataires et mariées. Le taux de suicide des veuves ou des divorcées est également plus élevé au sein de la population de femmes adultes que dans la population de femmes âgées.

Groupes à risque élevé

La présente étude corrobore les conclusions de Durkheim selon lesquelles on compte trois fois plus de suicides chez les hommes que chez les femmes et le taux de suicide chez les personnes non mariées (c'est-à-dire, célibataires, veufs, ou divorcés) dépasse celui des personnes mariées. Cet état de fait peut s'expliquer par les difficultés éprouvées au niveau de l'acceptation du statut. Comme Warren l'a signalé, la perte d'un emploi ou d'un proche desserre les liens avec autrui, ce qui comporte d'importantes répercussions chez les personnes âgées. Par conséquent, les personnes âgées non mariées, et plus particulièrement les veufs ou les célibataires, constituent un groupe à risque élevé.

Il en est de même des personnes retraitées. Statistique Canada a découvert dans une récente étude que le taux de mortalité atteint un point élevé lors de la deuxième année de retraite. Selon les auteurs de cette étude, le stress en est le grand coupable. Sainsbury, dans une étude entreprise à Londres, a découvert que la solitude et l'inactivité semblent affliger gravement les personnes âgées. En confiant à ces dernières un rôle plus significatif, on amoindrirait les difficultés que posent le stress, la solitude et l'inactivité, ce qui, en retour, pourrait faire diminuer le taux de suicide.

Les personnes en mauvaise santé et ayant un faible revenu courent également de grands risques, comme le signalent un grand nombre de chercheurs. Lorsque ces facteurs s'ajoutent aux précédents, le risque de suicide chez les personnes âgées s'en trouve accru.

A partir de données sur le suicide déclaré de 1977 et des facteurs analysés précédemment, il est possible de tracer un profil des hommes et des femmes qui, cette année-là, se sont donné la mort. Il faut cependant préciser que ces profils peuvent varier.

Il semble tout d'abord qu'il s'agissait d'hommes veufs ou célibataires, âgés entre 65 et 69 ans et vivant dans l'Ouest du Canada. Ils

étaient pour la plupart retraités, puisque 84.4 % des hommes de ce groupe d'âges ne faisaient plus partie de la main-d'oeuvre active. Dans ce cas, il est possible qu'un grand nombre d'entre eux avaient un revenu équivalent ou inférieur au seuil de la pauvreté, puisque 59.1 % * des hommes se trouvaient dans cette situation. Il est vraisemblable qu'ils étaient en mauvaise santé, car, selon diverses sources, c'était le cas de 35 à 85 % des personnes âgées qui se sont enlevé la vie.

Au nombre des femmes âgées qui se sont suicidées en 1977, celles qui faisaient partie du groupe à risque élevé vivaient vraisemblablement en Ontario et étaient âgées entre 65 et 69 ans. Il s'agissait probablement de veuves, parce que ce segment de la population représentait 51.2 % des femmes de 65 ans et plus en Ontario, comparativement aux personnes seules, qui représentaient 9.3 %, et les divorcées, 1.2 %. A cette époque et dans ce groupe d'âges, il est peu vraisemblable qu'un grand nombre des victimes aient travaillé à l'extérieur du foyer depuis leur mariage**. Peu d'entre elles touchaient une pension privée, si l'on se fie au fait que seules 26.2 % des femmes âgées entre 66 et 70 ans touchaient une pension privée personnelle ou une allocation au conjoint. Par conséquent, les femmes âgées qui se sont suicidées se trouvaient probablement dans une situation financière précaire et au nombre des 67.3 % des femmes de 65 ans et plus ayant un revenu équivalent ou inférieur au seuil de la pauvreté. A l'instar de leurs homologues masculins, elles n'étaient vraisemblablement pas en bonne santé.

---

* Chiffre découlant de l'enquête de 1977 sur les finances des consommateurs, fondée sur les revenus de 1976.

** En 1975, seulement 30.8 % des femmes de 55 à 64 ans faisaient partie de la main-d'oeuvre active.

Discussion

L'analyse statistique a permis de constater, entre autres, que les hommes âgés se suicident trois fois plus souvent que les femmes âgées et la situation est la même au sein de la population totale.

Les différences de rôles et de valeurs chez les hommes et les femmes peuvent avoir influé sur leur taux de suicide et il est possible que cette situation revête une importance spéciale dans le cas des personnes âgées. Étant donné qu'un plus grand nombre de femmes entrent sur le marché du travail et y demeurent pendant toute leur vie, ou du moins pendant une majeure partie de leur vie, leur taux de suicide peut augmenter. Les données relatives aux années 1951 à 1977 reflètent, dans une certaine mesure, cette situation. Le taux de suicide chez les femmes a augmenté de 5.1 à 9.6, c'est-à-dire de près de 89 %; chez les hommes, ce taux a augmenté de 15.3 à 28.3, soit de 85 %. Au cours de cette période, la participation des femmes à la main-d'oeuvre active a également augmenté, tout comme le taux de divorce. A mesure que vieillissent les femmes et qu'elles approchent de l'âge de la retraite, il est vraisemblable que leur taux de suicide se rapproche des taux plus élevés que connaissent les hommes. L'instauration de dispositions plus souples en matière de retraite pourrait atténuer les difficultés que pose cette étape, et réduire à l'avenir le taux de suicide chez les hommes et les femmes.

Il existe toutefois une situation que le présent travail n'aborde pas et qui a été le thème d'un grand nombre d'études. Les femmes tentent de se suicider plus souvent que les hommes, mais comme elles ont tendance à se servir de moyens moins funestes, le taux d'échec est plus élevé. Cela ne signifie toutefois pas que les causes sous-jacentes à leurs tentatives sont moins sérieuses que chez les hommes. Cette situation peut indiquer cependant que les femmes sont plus susceptibles d'appeler à l'aide, quitte même à prendre pour ce faire des mesures désespérées.

III. PRÉVENTION DES SUICIDES

Le présent rapport ne vise pas à décrire d'une manière détaillée les programmes économiques, sanitaires et sociaux établis sous divers auspices pour les personnes âgées au Canada. Les chapitres précédents ont traité des facteurs inhérents aux risques de suicide: mauvaise santé, revenu insuffisant, sentiment de solitude et d'échec, et caetera. L'objet du présent chapitre consiste à passer en revue les activités actuellement accomplies dans le domaine de la prévention des suicides et à proposer d'autres mesures.

1. Activités actuelles

Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social

La prévention des suicides recoupe une multitude de programmes et de services; elle n'est nullement limitée à un programme ou à un niveau de gouvernement en particulier.

La santé mentale est un aspect important de la prévention des suicides. Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social publie dans ce domaine un journal trimestriel, intitulé Santé mentale au Canada, dont les objectifs consistent à favoriser l'échange d'informations et à contribuer à la mise en oeuvre de programmes efficaces, y compris les aspects essentiels de la prévention et de l'intervention. Le Programme national de recherche et de développement en matière de santé, qui est chargé du financement d'activités scientifiques visant à satisfaire aux besoins en renseignements du Ministère, peut financer des études sur le suicide. De la même façon, le Programme des subventions nationales au bien-être social peut financer des projets pilotes et de recherche, y compris ceux qui ont trait au suicide et qu'entreprennent des gouvernements provinciaux et municipaux, des universités, des organismes bénévoles, et caetera. Bien qu'il n'y ait pas eu, sinon peu, de projets relatifs au suicide, on a octroyé des sommes importantes à la recherche dans le domaine de la santé mentale.

Le Ministère est conscient de la pénurie de renseignements sur le suicide; c'est la raison pour laquelle il a établi au début de l'année 1980 un groupe d'experts chargé d'étudier les divers aspects de ce problème social.

Provinces

Plusieurs provinces se préoccupent du problème général du suicide. Bien qu'aucune d'entre elles ne se soit attachée particulièrement au suicide chez les personnes âgées, les travaux accomplis revêtent une certaine importance pour ce groupe.

De toutes les provinces, l'Alberta semble être celle qui a accordé le plus d'attention au problème du suicide. En 1974, elle a établi un Groupe d'experts sur le suicide. En outre, deux études sur ce problème ont été entreprises, l'une chez les jeunes et l'autre chez les personnes d'âge moyen. Enfin, cette province a nommé en janvier 1978 un "suicidologue" au ministère des Services sociaux et de la Santé communautaire. Toutefois, il est encore trop tôt pour déterminer si, à la suite de ces activités, le taux de suicide a diminué.

En 1977, la province de Québec a effectué une étude sur les morts violentes au sein de la jeunesse. A la suite d'une demande faite en 1978 par le ministère des Affaires sociales à l'Université de Montréal, une équipe de chercheurs a entrepris un examen de la littérature sur le suicide, dans le but de déterminer les différentes approches de l'étude du suicide ainsi que les méthodes d'intervention au niveau de la prévention et de la réduction de ce problème. Depuis 1978, le ministère des Affaires sociales finance un centre de prévention des suicides à la Faculté de psychologie de l'Université Laval.

En 1977, le Manitoba a publié un document de référence sur la fréquence des suicides et des tentatives de suicide au sein de cette province.

Secteur privé

Aucun organisme particulier n'assume d'une manière générale la responsabilité fonctionnelle du problème du suicide. Seules des mesures limitées et insuffisantes sont prises pour en réduire le taux.

Parmi les organismes privés qui viennent en aide aux personnes manifestant une tendance au suicide, les centres d'intervention en cas de crise sont probablement les plus connus. Toutefois, leur contribution se limite généralement à des conseils donnés au téléphone et à un service d'orientation. Certains répondent aux besoins d'une collectivité en particulier en fournissant d'autres services, comme un centre d'accueil, un centre d'information ou des services d'urgence (services médicaux, psychiatriques ou juridiques).

En 1978, les centres canadiens d'intervention en cas de crise ont fait l'objet d'une enquête nationale financée par le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social[80]. Les centres participants ont déclaré avoir reçu, pendant une période de trois mois, 115 130 appels, sur lesquels 2 648 (2.3 %) provenaient de personnes aux tendances suicidaires ou de connaissances de telles personnes. Les appels ne concernaient pas beaucoup les jeunes et les personnes âgées, étant donné que 85 % d'entre eux s'appliquaient à des personnes dont l'âge se situait entre 25 et 64 ans.

2. Autres mesures proposées

La réduction du nombre de suicides, à quelque âge que ce soit, nécessite que l'on se serve de méthodes appropriées, que l'on effectue des recherches et que l'on mette l'accent sur les valeurs sociales et la qualité de la vie. Les diverses lignes de conduite dans ce domaine devront s'attacher aux points suivants:

a) Prévention: Éducation et recherches sur le suicide et ses causes, de même que sur l'identification du comportement suicidaire.

b) Intervention: Création de mécanismes efficaces et rapides visant à répondre aux crises suicidaires.

c) Surveillance: Établissement de moyens appropriés afin de venir en aide à ceux qui tentent de se suicider, ainsi qu'à leur famille, ou à la famille de la victime, le cas échéant.

a) Prévention

Le présent document a pour objet de mettre en lumière le genre de questions sur lesquelles il faut se pencher. Elles sont toutes complexes et requièrent des études et des recherches approfondies, ainsi que des connaissances spécialisées. Dans le cas des personnes âgées, il est nécessaire d'améliorer les ressources financières, les conditions de logement, la disponibilité et l'accessibilité des services et des établissements sanitaires ou sociaux dont ils ont besoin et les possibilités de participation aux activités de la collectivité, ainsi que de trouver un emploi à ceux qui sont en mesure de travailler et en éprouvent le désir. Il est également essentiel d'accorder une certaine attention aux personnes d'âge moyen, avant qu'elles prennent leur retraite, car elles ont besoin d'être renseignées sur la retraite et sur la façon de s'y préparer. Le perfectionnement des régimes de pensions revêt également une importance cruciale.

Il faut aussi renseigner le public sur le problème social que représente le suicide. Dans le cadre des efforts qu'elle déploie d'une manière permanente pour réduire la fréquence des suicides, l'Association internationale de prévention du suicide, en collaboration avec l'American Association of Suicidology, a lancé un programme d'éducation mondial visant à renseigner la population

sur le suicide, à surmonter les idées fausses et l'atmosphère de mystère qui l'entourent et à fournir des renseignements sur les mesures à prendre lorsque l'on décèle chez quelqu'un des tendances suicidaires. Une trousse audio-visuelle, comportant suffisamment d'informations pour couvrir une période d'un an, a été mise au point pour seconder dans leur tâche les responsables des médias. Cette trousse comprend des éditoriaux, des articles, des communiqués de presse et des messages radiophoniques et télévisés d'une durée de 10 à 60 secondes. Aucun programme de ce genre n'a encore été mis sur pied au Canada.

Il est également important d'obtenir de plus amples informations sur les motifs du suicide. Les quelques renseignements que fournit le certificat de décès, c'est-à-dire l'âge, le sexe, l'état matrimonial, l'emploi, l'état de santé, plus le lieu du suicide, la date et la méthode utilisée par la victime, laissent encore sans réponse un grand nombre de questions.

Étant donné que chacun réagit d'une manière différente aux vicissitudes de la vie, il est nécessaire de dresser un profil détaillé des victimes, y compris le revenu, les conditions de logement, l'état de santé, les rapports sociaux avec la famille et l'entourage, le comportement, les intérêts, etc. Les dénominateurs communs, classés par groupes d'âges, représenteraient les facteurs de risques élevés.

b) Intervention

Les personnes âgées ne doivent pas être conscientes de l'existence des centres d'intervention en cas de crise ou ne connaissent pas leur utilité, ou alors, ces centres ne répondent pas à leurs besoins. Il serait peut-être préférable d'ouvrir des centres analogues, destinés exclusivement aux personnes âgées et dotés d'employés en mesure de comprendre, par leur formation, les difficultés des personnes âgées, que ces dernières manifestent ou non des tendances au suicide. Certains de ces employés, qui

travailleraient sur une base rémunérée ou bénévole, pourraient être recrutés parmi les personnes âgées elles-mêmes.

Les organismes de prévention du suicide, y compris les centres d'intervention en cas de crise, sont principalement composés de bénévoles qui invitent les personnes ayant besoin d'aide, y compris celles qui envisagent de se suicider, à téléphoner à leur centre. Le fait de prêter une oreille attentive à une personne en difficulté, qui peut ainsi confier ses difficultés, est reconnu comme un moyen de dissuasion efficace chez un grand nombre de ceux qui ont décidé d'accomplir un acte prémédité, y compris le suicide.

En Angleterrre, un organisme bénévole appelé les Samaritains (Samaritans) a créé un réseau de centres de prévention du suicide, auxquels on a attribué une diminution du taux de suicide. Toutefois, un réseau analogue aux États-Unis n'a pas donné les mêmes résultats. Selon les observateurs, cette situation est imputable au fait que la majorité des appels téléphoniques proviennent de personnes désirant simplement parler à quelqu'un, plutôt que de ceux qui envisagent sérieusement de se suicider[81]. Une étude de contrôle, récemment effectuée en Angletrre, n'a démontré aucune diminution significative du taux de suicide dans les villes servies par les Samaritains, comparativement à celles qui ne bénéficiaient pas de ce genre de service[82]. Bien que l'on n'ait pas confirmé les affirmations concernant la réduction du taux de suicide, cela ne met nullement en doute l'utilité de ce service pour les personnes qui font face à toutes sortes de crises émotionelles. Il est possible que cette intervention prévienne, chez un grand nombre de clients, l'idée de se suicider.

Étant donné que les personnes âgées n'ont pas souvent recours aux centres d'intervention en cas de crise, il se peut qu'un programme d'action directe soit plus efficace. Comme l'a indiqué le Groupe d'experts de l'Alberta sur le suicide, un tel programme pourrait se servir de réseaux de communication communautaires pour

dépister et aider les particuliers et les familles qui cherchent désespérément quelqu'un à qui se confier, et ce, avant qu'une personne menace ou tente de se suicider, ou, pire, se donne la mort. Il faudrait entreprendre des recherches sur la façon d'organiser le mieux possible ce genre de programme. Lorsque l'on se sera entendu sur le principe, il serait toutefois bon d'entreprendre un projet pilote avant de mettre en branle un programme complet, afin de vérifier la faisabilité du programme et de se renseigner d'une certaine façon sur ses répercussions probables.

c) Surveillance

Les difficultés que l'on éprouve à proposer des moyens d'aider les familles et les particuliers, dans le cas des tentatives de suicide, et les familles des victimes en cas de décès, résultent de notre manque de connaissances au sujet des meilleures méthodes de prévention et d'intervention. L'accomplissement de progrès sérieux dans ces domaines conduira à l'établissement de méthodes de surveillance efficaces.

IV. RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS

La présente étude a eu pour objet d'examiner les données concernant le suicide chez les personnes âgées, et, plus particulièrement, de jeter un peu de lumière sur les facteurs de risques élevés qui peuvent être liés aux populations prédisposées au suicide, afin de mieux comprendre les moyens de réduire le taux de suicide chez les personnes âgées.

En 1977, 335 personnes âgées se sont donné la mort. C'est donc dire que les personnes de 65 ans et plus, qui représentent environ 9 % de l'ensemble de la population, sont intervenues pour 10% de tous les suicides déclarés au Canada. D'ici l'an 2031, si la tendance actuelle se maintient, les personnes âgées représenteront 20 % de l'ensemble de la population et leur proportion des suicides déclarés serait d'environ 21 %. En 1977, le taux de suicide pour 100 000 personnes âgées s'élevait à 16.2, comparativement à 14.3 pour l'ensemble de la population et à 19.0 pour la population adulte. Les hommes et les femmes de 65 à 69 ans connaissaient un taux de suicide plus élevé que celui des hommes et des femmes de la population adulte totale (15 ans et plus) et de la population active (15 à 64 ans) au Canada. En considérant que l'on ne déclare qu'entre un tiers et une demie du nombre réel des suicides, ces faits s'avèrent inquiétants.

Le taux de suicide chez les hommes âgés est élevé et, depuis 1966, il est demeuré à un niveau passablement constant. Chez les femmes âgées, le taux est inférieur à celui des hommes âgés, mais il a augmenté légèrement depuis 1966. L'écart entre les hommes âgés et les femmes âgées n'a pas diminué: le taux des hommes âgés est trois fois supérieur à celui des femmes âgées. Le mariage semble exercer un effet dissuasif sur le suicide: le taux de suicide des personnes mariées se situe au niveau le plus bas chez les deux sexes. Les hommes âgés célibataires, les veufs et les veuves sont les plus vulnérables. C'est parmi les personnes âgées qui résidaient en Ontario et dans l'Ouest du Canada que l'on a compté le plus grand nombre de suicides pour la période qui s'étend de 1966 à 1977.

L'isolement social, la solitude, la maladie, l'état matrimonial, la retraite et le revenu sont des facteurs qui influent non seulement sur le

bien-être des personnes âgées mais également sur leur taux de suicide. L'amélioration de la qualité de la vie des personnes âgées pourrait avoir un effet positif sur l'abaissement de leur taux de suicide. Ces facteurs devraient donc être sérieusement considérés lors de l'établissement et de la mise en application de lignes de conduite relatives à ce groupe d'âges. Enfin, il faut se souvenir que le suicide est une cause importante de décès chez les personnes âgées; bien que cet acte n'ait pas d'origine bien distincte, il est potentiellement évitable.

ANNEXE A

Tableau I

Taux brut de suicide, selon le sexe, Canada et régions, 1977
(pour 100 000 habitants)

	Hommes	Femmes	Total
Canada	21.2	7.3	14.3
Atlantique	14.7	3.2	9.0
Québec	18.3	6.5	12.3
Ontario	20.8	8.3	14.5
Prairies	27.1	7.4	17.3
Colombie-Britannique	25.5	9.6	17.5

Source: Taux calculés par Santé et Bien-être social, d'après les statistiques de l'état civil de Statistique Canada (1977) et les estimations de la population de Statistique Canada pour la même année.

Tableau II

Taux brut de suicide au sein de la population âgée de 15 ans et plus selon le sexe, Canada et régions, 1977
(pour 100 000 habitants)

	Hommes	Femmes	Total
Canada	28.5	9.6	19.0
Atlantique	20.7	4.5	12.6
Québec	24.4	8.5	16.3
Ontario	27.9	10.9	19.2
Prairies	36.9	9.9	23.5
Colombie-Britannique	33.6	12.4	22.9

Source: Taux calculés par Santé et Bien-être social Canada, d'après les statistiques de l'état civil de Statistique Canada (1977) et les estimations de la population de Statistique Canada pour la même année.

Tableau III

Taux normalisé de suicide*, selon le sexe et certaines années, Canada
(pour 100 000 habitants)

Année	Hommes	Femmes	Total
1951	11.3	3.9	7.8
1961	12.9	3.3	8.2
1966	14.1	5.0	9.6
1971	18.3	6.8	12.5
1973	18.7	7.4	13.1
1975	18.2	7.0	12.6
1977	21.2	7.3	14.3

Source: Taux calculés par Santé et Bien-être social Canada, d'après les statistiques de l'état civil de Statistique Canada (1951-1977), les estimations de la population annuelles révisées, selon le sexe et l'âge, de Statistique Canada (1951-1977) et les estimations de la population selon le sexe et l'âge (1977).

* Normalisé d'après la population canadienne de 1977 (hommes et femmes séparément).

Tableau IV

Taux normalisé de suicide* pour la population âgée de 15 ans et plus, selon le sexe et certaines années, Canada (pour 100 000 habitants)

Année	Hommes	Femmes	Total
1951	15.3	5.1	10.3
1961	17.2	4.3	10.9
1966	18.9	6.5	12.7
1971	24.4	8.9	16.6
1973	25.0	9.8	17.3
1975	24.3	9.1	16.6
1977	28.3	9.6	18.8

Source: Taux calculés par Santé et Bien-être social Canada, d'après les statistiques de l'état civil de Statistique Canada (1951-1977), les estimations de la population annuelles révisées, selon le sexe et l'âge, de Statistique Canada (1951-1977) et les estimations de la population selon le sexe et l'âge (1977)

* Normalisé d'après la population canadienne de 1977 (hommes et femmes séparément).

Tableau V

Taux brut de suicide pour la population âgée de 15 à 64 ans, selon le sexe, Canada et régions, 1977 (pour 100 000 habitants)

	Hommes	Femmes	Total
Canada	28.4	9.8	19.1
Atlantique	21.2	5.0	13.2
Québec	25.0	9.2	17.1
Ontario	27.3	10.6	18.9
Prairies	36.9	9.9	23.6
Colombie-Britannique	33.3	13.0	23.2

Source: Taux calculés par Santé et Bien-être social Canada, d'après les statistiques de l'état civil de Statistique Canada (1977) et les estimations de la population de Statistique Canada selon le sexe et l'âge, 1977.

Tableau VI

Taux normalisé de suicide pour la population âgée de 15 à 64 ans, selon le sexe et certaines années, Canada (pour 100 000 habitants)

Année	Hommes	Femmes	Total
1966	18.2	6.8	12.6
1969	21.7	9.1	15.4
1971	24.4	9.1	16.1
1973	24.9	9.8	17.3
1975	24.2	9.3	16.8
1977	28.4	9.8	19.1

Source: Taux calculés par Santé et Bien-être social Canada, d'après les statistiques de l'état civil de Statistique Canada, les estimations de la population annuelles révisées, selon le sexe et l'âge, de Statistique Canada (1966-1975) et les estimations de la population selon le sexe et l'âge (1977).

Tableau VII

Taux normalisé de suicide, selon le sexe et certaines années, Canada
(pour 100 000 habitants)

	Population âgée de 65 ans et plus			Population adulte âgée de 15 ans et plus		
Année	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
1966	24.9	4.2	13.6	18.9	6.5	12.7
1969	27.4	6.5	16.0	22.3	8.7	15.5
1971	24.7	7.2	15.1	24.4	8.9	16.6
1973	26.1	9.6	16.9	25.0	9.8	17.3
1975	25.0	7.8	15.3	24.3	9.1	16.6
1977	26.9	7.8	16.2	28.3	9.6	18.8

Source: Taux calculés par Santé et Bien-être social Canada, d'après les statistiques de l'état civil de Statistique Canada (1966-1977), les estimations de la population annuelles révisées, selon le sexe et l'âge, de Statistique Canada (1966-1975) et les estimations de la population selon le sexe et l'âge (1977).

Tableau VIII

Taux brut de suicide pour la population âgée de 65 ans et plus, selon le groupe d'âges et le sexe, Canada, 1977 (pour 100 000 habitants)

	Hommes		Femmes	
Groupe d'âges	Taux	Nombre de suicides	Taux	Nombre de suicides
65-69	29.3	103	11.1	44
70-74	28.2	70	8.2	25
75-79	23.7	37	5.5*	12
80 et plus	26.6	33	4.4*	2
80-84	21.0*	18	6.4*	9
85 et plus	25.0*	15	1.8*	2

Source: Taux calculés par Santé et Bien-être social Canada, d'après les statistiques de l'état civil de Statistique Canada (1977) et les estimations de la population, selon le sexe et l'âge, de Statistique Canada (1977).

* Ces taux doivent être interprétés avec une certaine prudence car le nombre de suicides est restreint.

Tableau IX

Taux brut de suicide pour la population âgée de 65 ans et plus, selon le groupe d'âges, Canada, 1977 (pour 100 000 habitants)

Groupe d'âges	Taux	Nombre de suicides
65-69	19.6	147
70-74	17.2	95
75-79	13.1	49
80-84	11.9	27
85+	10.0	17
65+	16.2	335

Source: Taux calculés par Santé et Bien-être social Canada, d'après les statistiques de l'état civil de Statistique Canada (1977) et les estimations de la population, selon le sexe et l'âge, de Statistique Canada (1977).

Tableau X

Taux brut de décès par suicide pour la population âgée de 15 ans et plus, selon le sexe, et certaines années, Canada (pour 100 000 habitants)

Année et état matrimonial	Hommes	Femmes	Total
1966			
Célibataires	19.1	4.1	12.5
Marié(e)s	16.7	6.4	11.6
Veuf(ve)s -Divorcé(e)s	56.1	11.2	21.8
1971			
Célibataires	27.8	6.9	18.5
Marié(e)s	21.1	8.6	14.9
Veuf(ve)s -Divorcé(e)s	54.9	15.3	24.7
1973			
Célibataires	30.6	8.9	20.9
Marié(e)s	19.6	8.4	14.0
Veuf(ve)s -Divorcé(e)s	68.9	18.7	30.5
1975			
Célibataires	30.1	9.0	20.7
Marié(e)s	18.5	7.8	13.2
Veuf(ve)s -Divorcé(e)s	64.8	15.5	26.9
1977			
Célibataires	38.7	10.8	26.2
Marié(e)s	20.0	7.7	13.8
Veuf(ve)s -Divorcé(e)s	71.0	15.7	28.8

Source: Taux calculés par Santé et Bien-être social Canada, d'après les statistiques de l'état civil de Statistique Canada (1966-1977), les estimations de la population annuelles révisées, selon le sexe et l'âge, de Statistique Canada (1966-1975) et les estimations de la population, selon le sexe et l'âge (1977).

Tableau XI

Taux brut de décès par suicide pour la population âgée de 65 ans et plus, selon le sexe et certaines années, Canada (par 100 000 habitants)

Année et état matrimonial	Hommes		Femmes		Total	
1966						
Célibataires	31.5	(25)*	3.5**	(3)	17.0	(28)
Marié(e)s	19.4	(96)	3.7**	(12)	13.2	(108)
Veuf(ve)s - Divorcé(e)s	39.4	(56)	4.8	(20)	13.6	(76)
1971						
Célibataires	44.6	(37)	7.7**	(8)	24.2	(45)
Marié(e)s	18.5	(104)	7.9	(30)	14.2	(134)
Veuf(ve)s- Divorcé(e)s	37.1	(51)	6.6	(32)	13.3	(83)
1973						
Célibataires	43.4	(36)	11.1**	(12)	25.2	(48)
Marié(e)s	17.9	(106)	6.7	(27)	13.4	(133)
Veuf(ve)s- Divorcé(e)s	48.0	(67)	11.4	(59)	19.2	(126)
1975						
Célibataires	33.6	(28)	7.1**	(8)	18.4	(36)
Marié(e)s	21.5	(135)	7.3	(31)	15.8	(166)
Veuf(ve)s- Divorcé(e)s-	33.0	(47)	8.3	(46)	13.4	(93)
1977						
Célibataires	51.1	(43)	7.5**	(9)	25.6	(52)
Marié(e)s	18.9	(127)	6.3	(29)	13.8	(156)
Veuf(ve)s- Divorcé(e)s-	48.3	(71)	8.9	(53)	16.7	(124)

Source: Taux calculés par Santé et Bien-être social Canada, d'après les statistiques de l'état civil de Statistique Canada (1966-1977), les estimations de la population annuelles révisées, selon le sexe et l'âge, de Statistique Canada (1966-1975) et les estimations démographiques, selon le sexe et l'âge (1977).

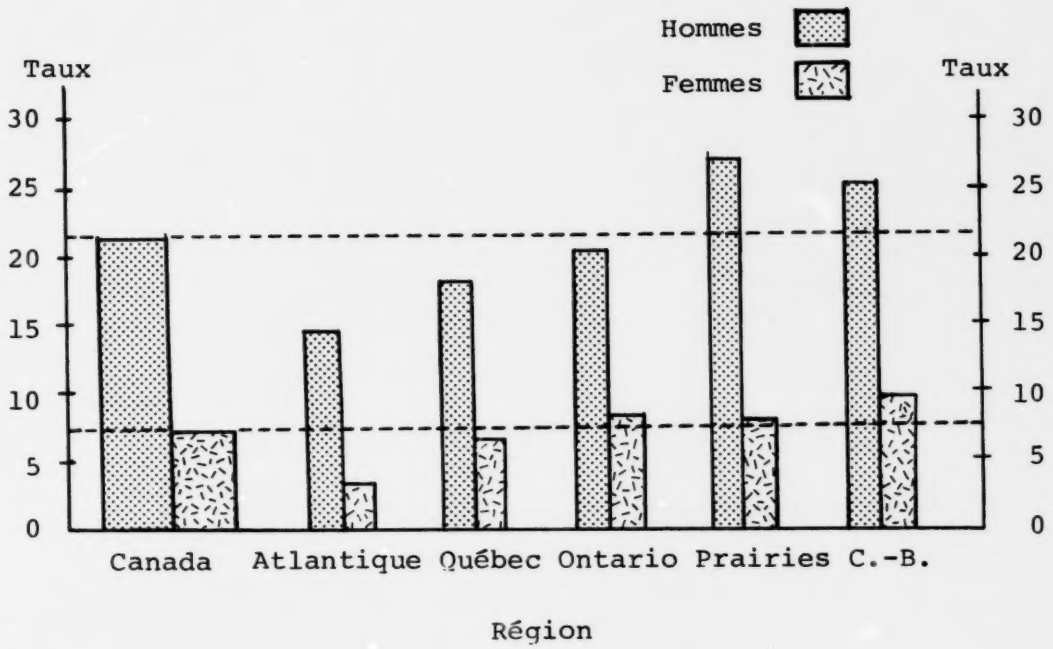
* Nombre réel de suicides entre parenthèses.

** Ces taux doivent être interprétés avec une certaine prudence car le nombre de suicides est restreint.

ANNEXE B

Tableau 6

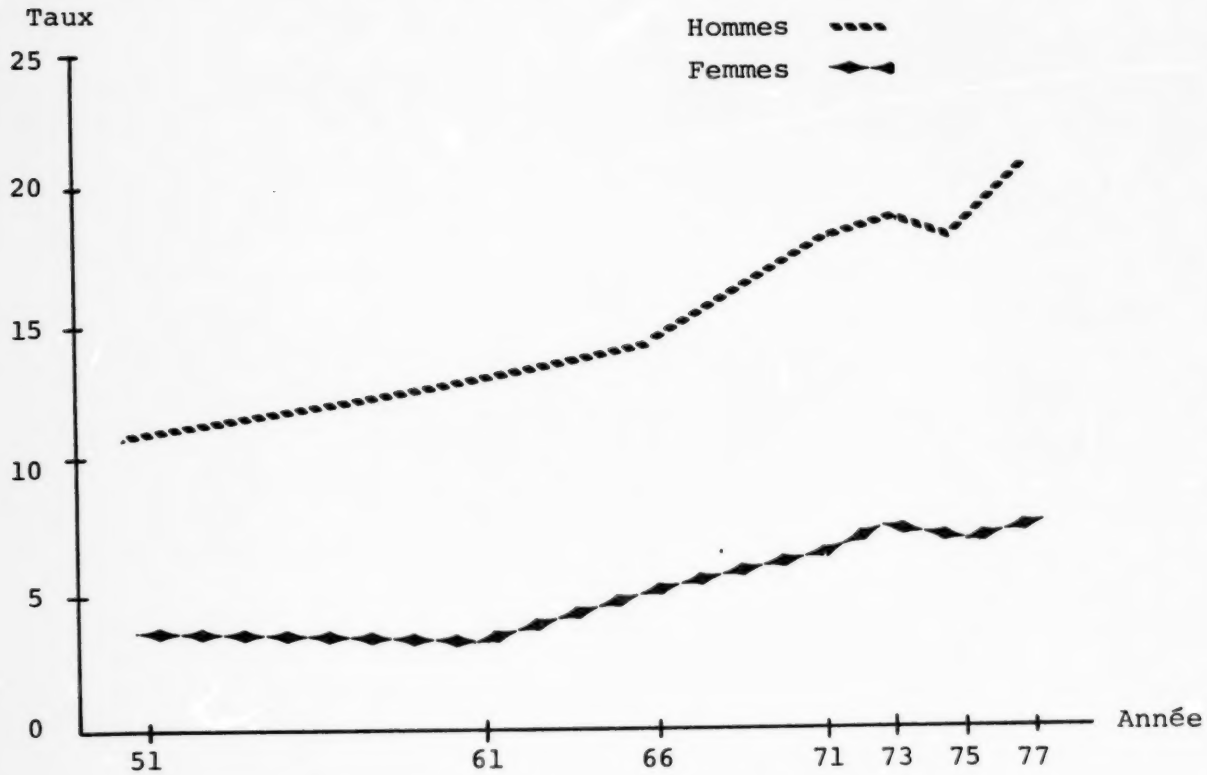
Taux brut de suicide selon le sexe, Canada et régions, 1977
(pour 100 000 habitants)



Source: Taux calculés par Santé et Bien-être social Canada, d'après les statistiques de l'état civil de Statistique Canada (1977) et les estimations de la population, selon l'âge et le sexe, de Statistique Canada (1977).

Tableau 7

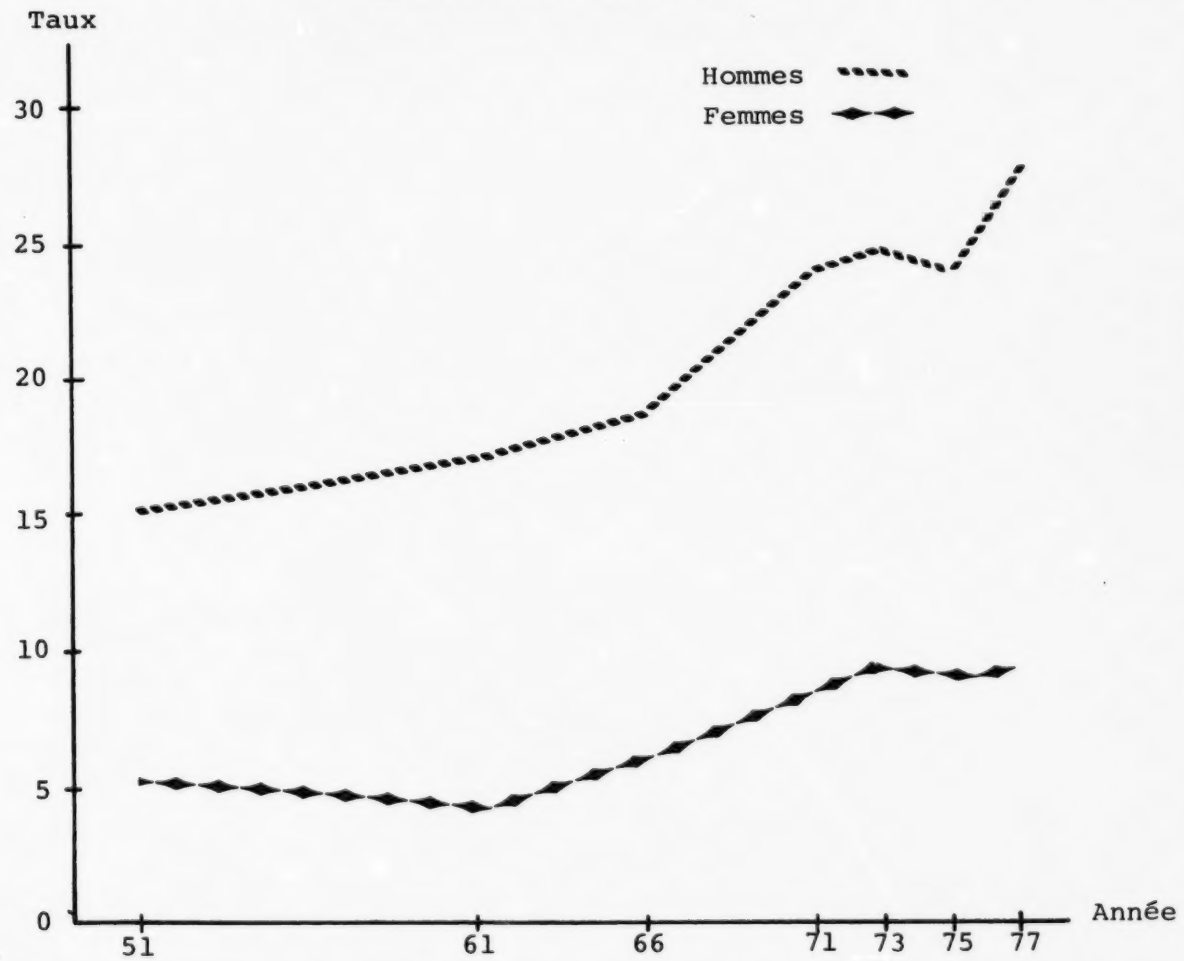
Taux normalisé de suicide, selon le sexe et certaines années, Canada
(pour 100 000 habitants)



Source: Taux calculés par Santé et Bien-être social Canada, d'après les statistiques de l'état civil de Statistique Canada (1971-1977), les estimations de la population annuelles révisées, selon le sexe et l'âge, de Statistique Canada (1951-1975) et les estimations démographiques, selon le sexe et l'âge (1977).

Tableau 8

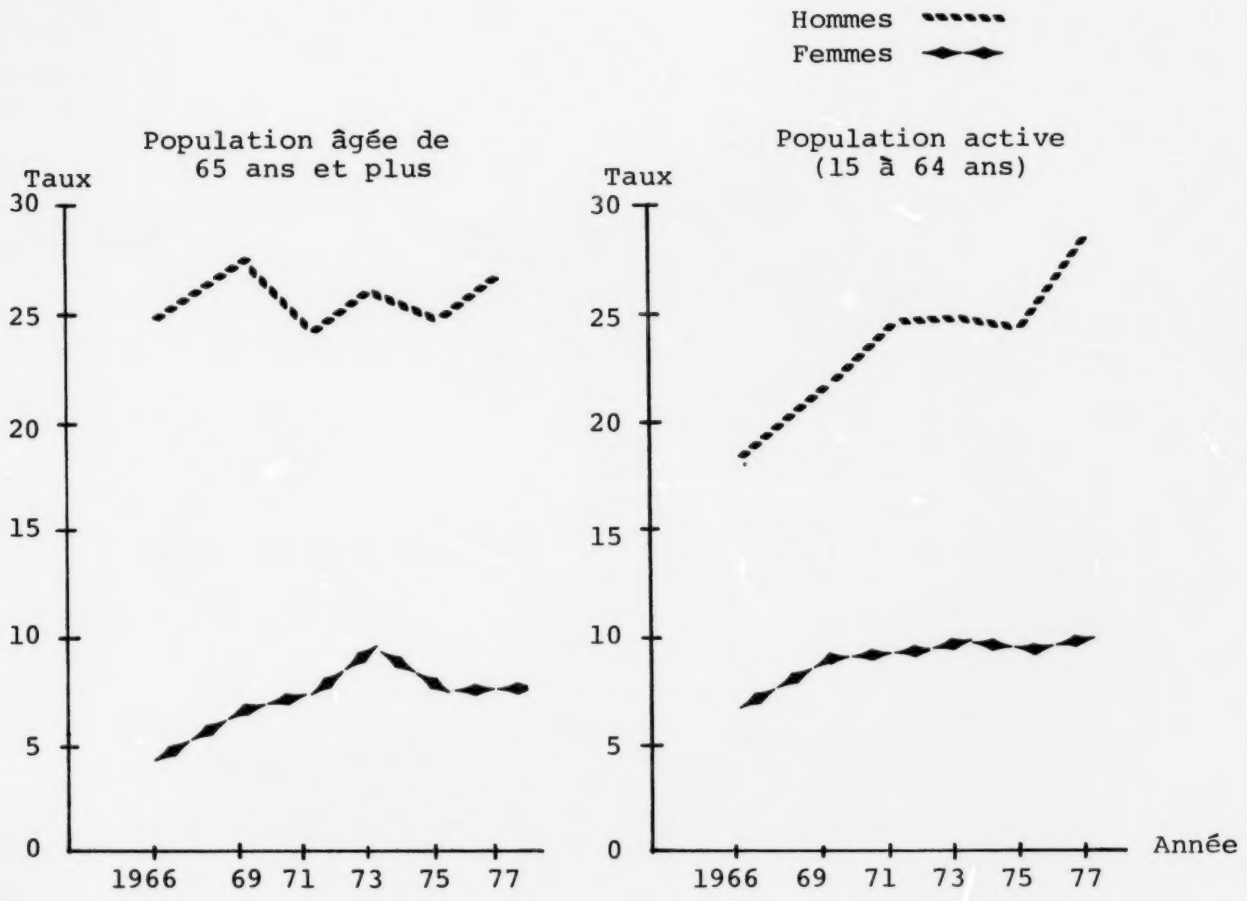
Taux normalisé de suicide au sein de la population âgée de 15 ans et plus, selon le sexe et certaines années, Canada (pour 100 000 habitants)



Source: Taux calculés par Santé et Bien-être social Canada, d'après les statistiques de l'état civil de Statistique Canada (1951-1977), les estimations de la population annuelles révisées, selon le sexe et l'âge, de Statistique Canada (1951-1975) et les estimations de la population selon le sexe et l'âge (1977).

Tableau 9

Comparaison du taux normalisé* de suicide pour différentes populations, selon le sexe et certaines années, Canada (pour 100 000 habitants)



Source: Taux calculés par Santé et Bien-être social Canada, d'après les statistiques de l'état civil de Statistique Canada (1966-1977), les estimations de la population annuelles révisées, selon le sexe et l'âge, de Statistique Canada (1966-1975) et les estimations de la population selon le sexe et l'âge (1977).

* Normalisé d'après la population de 1977 (chaque groupe séparément)

RÉFÉRENCES

1. Nations Unies, Annuaire démographique, 1977, New York, 1978, p. 248.

2. Ouellet, Barbara L., Indicateurs du domaine de la santé - Canada et provinces, Ottawa, Direction de la politique sanitaire et sociale, Direction générale de la politique, de la planification et de l'information, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, septembre 1979, p.21.

   Les années potentielles de vie perdues entre les âges de 1 à 70 ans (A.P.V.P.) constituent un indicateur très utile de décès prématuré, en ce que l'on accorde un "poids" plus important aux décès survenus aux âges plus jeunes. La détermination des A.P.V.P est fondée sur la totalisation, pour tous les groupes d'âges de 1 à 70 ans, du nombre de décès au sein d'un groupe d'âges particulier, multiplié par les années de vie restantes jusqu'à l'âge de 70 ans. Ainsi, un décès à l'âge de 40 ans contribuerait 30 ans aux années potentielles de vies perdues au cours d'une année particulière.

3. Powell, Brian J., et Martin, James K., Implications économiques du vieillissement de la population au Canada, Direction générale de la recherche sur les politiques et de la planification stratégique, Santé et Bien-être social Canada (document rédigé pour le Colloque national sur le vieillissement, tenu du 25 au 27 octobre 1978) p.6.

4. Durkheim, Émile, Suicide, New York, The Free Press, 1951, p.44.

5. Statistique Canada, Mortalité due au suicide, 1950-1968, n° de catalogue 84-528, hors série, novembre 1972.

6 Statistics Canada, Canada's Elderly, Catalogue No. 98-800E, 1979, p. 23.

7 Dublin, L.I., Suicide: A Sociological and Statistical Study, New York, Ronald Press, 1963.

8 Solomon, Mark, and Boldt, Menno, Interim Report on Suicide, Phase One: Youth Suicide, Alberta, Department of Social Services and Community Health, p. 3.

9 Douglas, Jack D., The Social Meanings of Suicide, Princeton, New Jersey, Princeton University Press, 1967, p. 203.

10 Maris, Donald, "Sociology", in Perlin, Seymour (ed.), A Handbook for the Study of Suicide, Toronto, Oxford University Press, 1975, p. 95.

11 Durkheim, op. cit., p. 209.

12 Henry, Andrew F., and Short, James F., Jr., Suicide and Homicide, New York, The Free Press of Glencoe, 1954, p. 56.

13. Maris, op. cit., p. 102.

    Selon Maris, "les contraintes externes" comprennent les notions de contrainte verticale ("contrainte découlant de la position inférieure que l'on occupe dans une hiérarchie") et de contrainte horizontale ("contrainte découlant du niveau de rapports avec autrui") De fortes "contraintes internes" sont associées à l'auto-agression.

14. Maris, op. cit., p.97.

    L'intégration du statut est fonction de la fréquence à laquelle ce statut se retrouve dans un ensemble de statuts déterminés. Plus cette fréquence est élevée, plus le taux de suicide est bas.

15 Sainsbury, Peter, Suicide in London, London, The Institute of Psychiatry, 1955, p. 80.

16 Breed, Warren, "Suicidal and Loss in Social Interaction", in Schneidman, Edwin S. (ed.), Essays in Self-Destruction, New York, Science House, Inc., 1967, p. 195.

17 Berardo, Felix M., "Survivorship and Social Isolation: The Case of the Aged Widower", in The Family Coordinator, Vol. 19, No. 1, January 1970, p. 15.

18 Durkheim, op. cit., p. 209.

19 Henry and Short, op. cit., p. 56.

20 Gibbs, Jack P., and Martin, Walter T., Status, Integration and Suicide, Eugene, Oregon, University of Oregon Books, 1964, p. 17.

21 Breed, op. cit., p. 195.

22 Sutkamp Freidman, J., "Cry for Help: Suicide in the Aged", in Journal of Gerontological Nursing, Vol. 2, No. 3, p. 30.

23 Robins, Lee N., et al., "The High Rate of Suicide in Older White Men: A Study Testing Ten Hypotheses", in Social Psychiatry, Vol. 12, No. 1, p. 6.

24 Berardo, Felix M., op. cit., p. 15.

25 Leonard, Calista, Understanding and Preventing Suicide, p. 254.

26 Statistics Canada, Canada's Elderly, Catalogue No. 98-800E, 1979, p. 23.

27 Ciffin, S., Martin, J.K et Talbot, C., Retirement in Canada, Policy Research and Long Range Planning (Welfare), Health and Welfare Canada, Staff Working Paper No. 7604, December 1976, p.9.

28 Laury, G.V., "Some Reflections on Aging in the United States", in Geriatrics, Vol. 28, No. 5, May 1973, p. 180.

29 Adams, O.B., et Lefebvre, L.A., La retraite et la mortalité, Statistique Canada, n° de catalogue 83-521F, juin 1980, p. 19.

30 Sainsbury, P., "Suicide and Depression", in Coppen, A., and Walk, A. (eds.), Recent Developments in Affective Disorders, Ashford, Kent, Headley Brothers, 1968.

31 Durkheim, Émile, op. cit., p. 259.

32 Parsons, Talcott, "The Social Structure of the Family", in Anshen, Ruth N. (ed.), The Family: Its Function and Destiny, New York, Harper, 1959, pp. 241-274.

33 Berardo, Felix M., p. 22.

34 Killian, B.A., "Attitudes to Death and Bereavement Among the Elderly", in World of Irish Nursing, Vol. 7, No. 5, May 1978, p. 2.

35 Bock, E. Wilbur, "Aging and Suicide: The Significance of Marital Kinship, and Alternative Relations", in The Family Coordinator, Vol. 21, No. 1, January 1972, p. 75.

36 McMahon, B., and Pugh, T.F., "Suicide in the Widowed", in American Journal of Epidemiology, Vol. 81, 1965, pp. 23-31.

37 Cavan, Ruth, "Self and Role Adjustments During Old Age", in Rose, Arnold M. (ed.), Human Behavior and Social Process: An Interactionist Approach, Boston, Houghton Mifflin, 1967, pp. 526-536.

38 Bock, op. cit., p. 75.

39 Berardo, Felix M., "Widowhood Status in the United States: Perspective on a Neglected Aspect of the Family Life-Cycle", in The Family Coordinator, No. 17, 1968, pp. 191-203.

40 Breed, Warren, "Occupational Mobility and Suicide Among White Males", in American Sociological Review, Vol. 28, 1963, pp. 179-188.

41 Maris, Ronald W., "Suicide, Status, and Mobility in Chicago", in Social Forces, Vol. 46, 1967, pp. 246-256.

42 Maris, Ronald W., Social Forces in Urban Suicide, Homewood, Illinois, Dorsey Press, 1969a.

43 Durkheim, op. cit., p. 241.

44 Henry and Short, op. cit.

45 Berardo, op. cit., p. 12.

46 Farber, Maurice L., Theory of Suicide, New York, Funk and Wagnalls, 1968, p. 16.

47 Resnik, H.L.P., and Cantor, Joel M., "Suicide and Aging", in Journal of the American Geriatrics Society, Vol. 18, No. 2, 1970, p. 157.

48 Ripley, Herbert S., "Suicide in General Hospital", in The Western Journal of Medicine, Vol. 130, No. 5, May 1979, p. 410.

49 Marshall, James R., "Changes in Aged White Male Suicide, 1948-1972", in Journal of Gerontology, Vol. 33, No. 5, 1978, pp. 764-765.

50 Sendbuehler, J.M., and Goldstein, S., "Attempted Suicide Among the Aged", in Journal of the American Geriatrics Society, Vol. XXV, No. 6, 1977, p. 247.

51 Benson, Roger A., and Brodie, Donald C., "Suicide by Overdose of Medicines Among the Aged", in Journal of the American Geriatrics Society, Vol. XXIII, No. 7, 1975, p. 307.

52 Marshall, op. cit., p. 764.

53 Williams, Robert H., "The End of Life in the Elderly", in Postgraduate Medicine, Vol. 54, No. 6, December 1973, pp. 55-56.

54 Resnik, et al., "Suicide and Aging", p. 155.

55 Batchelor, I.R.C., and Napier, M.B., "Attempted Suicide in Old Age", in British Medical Journal, Vol. 2, 1953, p. 1186.

56 Burston, G.R., "Self-Poisoning in Elderly Patients", in Gerontologia Clinica, Vol. 11, No. 5, 1969, p. 279.

57 Dorpal, T.L., and Ripley, H.S., "The Relationship Between Attempted Suicide and Completed Suicide", in Comparative Psychiatry, Vol. 8, p. 74.

58 Gardner, E.A., Bahn, A.K., and Mack, M., "Suicide and Psychiatric Care in the Ageing", in Archives of General Psychiatry, Vol. 10, June 1964, p. 547.

59 O'Neal, P., Robins, E., and Schmidt, E.H., "A Psychiatric Study of Attempted Suicide in Persons Over Sixty Years of Age" in Archives of General Psychiatry, Vol. 75, 1956, p. 275.

60 Sainsbury, P., "Suicide in Later Life", in Gerontologia Clinica, Vol. 4, 1962, p. 161.

61 Williams, Robert H., op. cit., p. 56.

62 Walker, Charlie, and McWhinnie, John, A Composite Picture of the Disabled in Canada, Ottawa, Health and Welfare Canada, April 1980, p. 14.

63 Tideiksaar, Rein, "Suicide in the Elderly", in American Family Physician, Vol. 19, No. 3, 1979, p. 28.

64 Leonard, Calista V., op. cit., p. 229.

65 Bennett, A.E., "The Physician's Responsibility in the Prevention of Suicides", in Disease of the Nervous System, Vol. 15, 1954, p. 207.

66 Shulman, Kenneth, "Suicide and Parasuicide in Old Age: A Review", in Age and Aging, Vol. 7, No. 4, 1978, p. 204.

67 Blumenthal, H.T., Medical and Clinical Aspects of Aging, New York, Columbia University Press, 1962.

68 Farberow, N.L., and Schneidman, E.S., The Cry for Help, New York, Random House, 1933.

69 Levin, S., "Depression in the Aged -- A Study of the Salient External Factors", in Selected Papers from the First Annual Symposium on Old Age, Cushing Hospital, Framingham, Mass., May 1962, in Geriatrics, No. 18, 1963, p. 382.

70 Busse, E.W., and Pfeiffer, E., "Functional Psychiatric Disorders in Old Age", in Behaviour and Adaptation in Late Life, Boston, Little, Brown, and Company, 1969, pp. 183-235.

71 Mehta, Dinest, et al., "Suicide Pact in a Depressed Couple: Case Report", in Journal of the American Geriatrics Society, Vol. 26, No. 3, 1978, p. 136.

72 Bolland, Peter, in article entitled, "Depression Major Concern for Elderly in Institutions", in The Ottawa Citizen, issue of May 24, 1979.

73 Fann, William E., and Wheless, Jeanine C., "Depression in Elderly Patients", in Southern Medical Journal, Vol. 68, No. 4, April 1975, p. 468.

74 Poulos, Jean, "The Geriatric Suicide", in Bedside Nurse, Vol. 4, No. 7, July 1971, p. 26.

75 Fann, William, et al., op. cit., p. 469.

76 Mulder, D.W., "Organic Brain Syndromes Associated with Disease in Unknown Cause", in Freedman, A., et al. (eds.), Comprehensive Textbook of Psychiatry -- II, Baltimore, Williams and Williams Co., Vol. 1, 1975.

77 Graux, P., "Le suicide de la personne âgée", dans Lille Medical, Vol. 19, n° 7, 1974, p. 754.

78 Sendbuehler, J.M., and Goldstein, S., op. cit., p. 247.

79 Shichor, David, and Bergman, Simon, "Patterns of Suicide Among the Elderly in Israel", in The Gerontologist, Vol. 19, No. 5, 1979, p. 492.

80 Syer, Diane, and Scott, Shirley, A National Survey of Canadian Crisis Centres (Report on the Survey), 1978, 17 p.

81 Hendin, Herbert, "A Saner Policy on Suicide", in Psychology Today, May 1979, pp. 115-116.

82 Jennings, C., Barraclough, B.M., and Moss, J.R., "Have the Samaritans Lowered the Suicide Rate -- A Controlled Study", in Psychological Medicine, Vol. 8, 1978, pp. 413-422.

BIBLIOGRAPHIE

Adams, O.B., et Lefebvre, L.A., La retraite et la mortalité - Examen de la mortalité chez un groupe de retraités canadiens, Ottawa, Statistique Canada, 1980, 33 p.

Ariès, Philippe, Essai sur la mort en Occident, Collection Point, Paris, Seuil, 1975, 237 p.

-----, L'homme devant la mort, Paris, Editions du Seuil, 1977, 641 p.

Arndt, Seifert, "A Theory of Projects: Its Application to Death and Suicide", in Philosophy and Phenomenology Research, Vol. 39, No. 2, December 1978, pp. 208-218.

Aron, Raymond, Les étapes de la pensée sociologique, Paris, Gallimard, 1967, 659 p.

Atkinson, Maxwell, "The Samaritans and the Elderly: Some Problems in Communication Between a Suicide Prevention Scheme and a Group with a High Suicide Rate", in Social Science and Medicine, Vol. 5, No. 5, 1971, pp. 483-490.

Aubry, Huguette, "La fréquence du suicide tardif chez les anciens patients psychiatriques", dans Archives suisses de Neurochirurgie et de Psychiatrie, vol. 114, fascicule 2, 1974, pp. 303-337.

Barraclough, B.M., and Pallis, D.J., "Depression Followed by Suicide: A Comparison of Depressed Suicides with Living Depressives", in Psychological Medicine, Vol. 5, No. 1, 1975, pp. 55-61.

Barraclough, B.M., and Shepherd, D.M., "Birthday Blues: The Association of Birthday with Self-Inflicted Death in the Elderly", in Acta Psychiatrica Scandinavica, Vol. 54, No. 2, 1976, pp. 146-149.

Bazas, T., et al., "Incidence and Seasonal Variation of Suicide in Greece", in Comprehensive Psychiatry, Vol. 20, No. 1, January/February 1979, pp. 15-19.

Bean, Philip, "Accidental and Intentional Self-Poisoning in the Over-60 Age Group", in Gerontologia Clinica, Vol. 15, No. 5, 1973, pp. 259-267.

de Beauvoir, Simone, La vieillesse, Paris, Gallimard, 1970, 604 p.

Beck, Aaron T., and Kovacs, Maria, "Assessment of Suicidal Intention: The Scale for Suicide Ideation", in Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 47, No. 2, 1979, pp. 343-352.

Beck, Roy W., Morris, Jeffrey, and Lester, David, "Suicide Notes and Risk of Future Suicide", in Journal of the American Medical Association, Vol. 228, No. 4, April 1974, pp. 495-496.

Bendkowski, B., "Sudden Unexpected Death in the Elderly", in Journal of the American Geriatrics Society, Vol. 21, No. 9, 1973, pp. 405-408.

Bennett, A.E., "Recognizing the Potential Suicide", in Geriatrics, Vol. 22, No. 5, May 1967, pp. 175-181.

Benson, Roger A., and Brodie, Donald C., "Suicide by Overdoses of Medicines Among the Aged", in Journal of the American Geriatrics Society, Vol. XXIII, No. 7, 1975, pp. 304-308.

Berardo, Felix M., "Widowhood Status in the United States: Perspective on a Neglected Aspect of the Family Life-Cycle", in The Family Coordinator, Vol. 17, 1968, pp. 191-203.

-----, "Survivorship and Social Isolation", in The Family Coordinator, Vol. 19, No. 1, January 1970, pp. 11-25.

Billette, André, et Hill, Gerry B., "Risque relatif de mortalité masculine et les classes sociales au Canada -- 1974", dans L'Union Médicale, tome 107, n° 6, juin 1978.

Blix, Susanne, and Hendrie, Hugh C., "Depression in the Elderly", in Journal of the Indiana State Medical Association, October 1978, pp. 983-987.

Blue, William W., "Suicide and Attempted Suicide Among the Aged", in Canadian Medical Association Journal, Vol. 117, No. 11, December 1977, p. 1250.

Bock, E. Wilbur, "Aging and Suicide: The Significance of Marital Kinship, and Alternative Relations", in The Family Coordinator, Vol. 21, No. 1, January 1972, pp. 71-79.

Bock, E. Wilbur, and Webber, Irwing L., "Social Status and Relational System of Elderly Suicides: A Reexamination of the Henry-Short Thesis", in Life-Threatening Behavior, Vol. 2, No. 3, Fall 1972, pp. 145-159.

-----, "Suicide Among the Elderly: Isolating Widowhood and Mitigating Alternatives", in Journal of Marriage and the Family, Vol. 34, No. 1, February 1972, pp. 24-31.

Bolland, Peter, "Depression Major Concern for Elderly in Institutions", dépêche parue dans The Ottawa Citizen, le 24 mai 1979.

Breed, Warren, "Occupational Mobility and Suicide Among White Males", in American Sociological Review, Vol. 28, No. 2, April 1963.

Brooke, Eileen M. (ed.), Suicide and Attempted Suicide, Geneva, World Health Organization, Public Health Paper No. 58, 1974, 127 p.

Brown, J.H., "Reporting of Suicide: Canadian Statistics", in Suicide, Vol. 5, No. 1, Spring 1975, pp. 21-29.

Burston, G.R., "Self-Poisoning in Elderly Patients", in Gerontologia Clinica, Vol. 11, No. 5, 1969, pp. 279-289.

Butler, G.C., "Incidence of Suicide Among the Ethnic Groups of the Northwest Territories and Yukon Territory", in Medical Services Journal, Vol. 21, No. 4, April 1965, pp. 252-256.

Butler, Robert N., "Mental Health and Aging Life Cycle Perspectives", in Geriatrics, Vol. 29, No. 11, 1974, pp. 59-60.

Cahn, C.H., "Suicide and the Attempted Suicide Among the Aged", in Canadian Medical Association Journal, Vol. 117, No. 10, November 1977, p. 1136.

Cameron, Paul, "Suicide and the Generation Gap,", in Life-Threatening Behavior, Vol. 2, No. 3, Fall 1972, pp. 194-208.

Canada, Santé et Bien-être social Canada, Précis sur les programmes publics de revenu de retraite, Direction générale de la recherche sur les politiques et de la planification stratégique, document hors série n° 3, juillet 1978, 21 p.

-----, Expanding the Horizon of the New Horizons Program, Paper No. IV, Survey Research and Special Unit, July 1978, 43 p.

-----, Retirement Age (background paper to the Brief presented to the Special Senate Committee on Retirement Age Policies by the Minister of National Health and Welfare), revised April 1979, 145 p.

-----, Retirement in Canada: Summary Report, Policy Research and Long Range Planning, Staff Working Paper No. 7604, 1976, 47 p.

-----, Socio-Economic Policies for Elderly Persons in Canada (paper presented for the Organization for Economic Cooperation and Development), Policy, Planning and Information Branch, Ottawa, May 1979.

-----, Revenus des personnes âgées au Canada en 1977, Rapport sur la sécurité sociale, Direction générale de la politique, de la planification et de l'information, janvier 1980.

Canada, Interdepartmental Committee on Social Indicators, Task Force on Aging: A Review of Data Sources and Priorities, Summary Report, December 1979, 115 p.

Canada, Statistique Canada, Causes de décès, par province selon le sexe et le Canada selon le sexe et l'âge, 1966, n° de catalogue 84-203, publication annuelle.

-----, Causes de décès, par province selon le sexe et le Canada selon le sexe et l'âge, 1969, n° de catalogue 84-203, publication annuelle, octobre 1971.

-----, Causes de décès, par province selon le sexe et le Canada selon le sexe et l'âge, 1971, no° de catalogue 84-203, publication annuelle, novembre, 1972.

-----, Causes de décès, par province selon le sexe et le Canada selon le sexe et l'âge, 1973, n° de catalogue 84-203, publication annuelle, décembre 1974.

-----, Causes de décès, par province selon le sexe et le Canada selon le sexe et l'âge, 1975, n° de catalogue 84-203, publication annuelle, mars 1978.

-----, Causes de décès par province selon le sexe et le Canada selon le sexe et l'âge, 1977, n° de catalogue 84-203, publication annuelle, données inédites.

-----, Labour Force Annual Averages, 1975-1978, Catalogue No. 71-529, Occasional, February 1979.

-----, Estimations de la population suivant l'état matrimonial, le sexe et l'âge, Canada et provinces, n° de catalogue 91-203, publication annuelle, le juin 1969

-----, Population 1921-1971, estimations annuelles révisées de la population selon le sexe et le groupe d'âges, pour le Canada et les provinces, n° de catalogue 91-512, hors série, juillet 1973.

-----, Population 1971-1976, estimations annuelles révisées de la population selon le sexe et le groupe d'âges, pour le Canada et les provinces, n° de catalogue 91-518, hors série, mars 1979

-----, Estimations de la population selon le sexe et l'âge pour le Canada et les provinces, 1er juin 1977, n° de catalogue 91-202, publication annuelle, novembre 1978.

-----, Final Postcensal Estimates of the Population by Sex and Age, Canada and Provinces, June 1, 1977, unpublished data.

-----, Revised Annual Estimates of Population by Marital Status, Age and Sex for Canada and the Provinces, 1971-1976, Catalogue No. 91-519, Occasional, July 1979.

-----, Estimates of Population by Marital Status, Age and Sex for Canada and the Provinces, June 1977, unpublished data.

-----, La statistique de l'état civil, 1951, décembre 1953.

-----, La statistique de l'état civil, 1961, août 1963.

-----, La statistique de l'état civil, 1966, septembre 1968

-----, La statistique de l'état civil, 1971, volume III, n° de catalogue 84-206, publication annuelle.

-----, La statistique de l'état civil, 1973, volume III, n° de catalogue 84-206, publication annuelle.

-----, La statistique de l'état civil, 1975, volume III, n° de catalogue 84-206, publication annuelle.

-----, La statistique de l'état civil, 1977, volume III, n° de catalogue 84-206, publication annuelle.

Ciompi, L., "Suicide et tentatives de suicide dans la vieillesse", dans Revue médicale de la Suisse romande, vol. 86, n° 4, avril 1966, pp. 260-262.

Ciompi, Luc, "Late Suicide in Former Mental Patients", in Psychiatria Clinica, Vol. 9, No. 1, 1976, pp. 59-63.

Clopto, James R., and Baucom, Donald H., "MMPI Ratings of Suicide Risk", in Journal of Personality Assessment, Vol. 43, No. 3, 1979, pp. 293-296.

Cohen, Gene D., "Approach to the Geriatric Patient", in Medical Clinics of North America, Vol. 61, No. 4, July 1977, pp. 855-866.

Collishaw, Neil C., Suicide in Canada, Ottawa, Health and Welfare Canada, October 1977.

Danigelis, Nick, and Pope, Whitney, "Durkheim's Theory of Suicide as Applied to the Family: An Empirical Test", in Social Forces, Vol. 57, No. 4, June 1979, pp. 1081-1106.

Day, George, "Samaritans Versus Suicide", in British Medical Journal, Vol. 2, No. 6195, October 1979, p. 935.

de Vries, André, and Cormi, Amnon (eds.), The Dying Human, Ramat Gan, Irsael, Turtledove Publishing, 1979, 491 p.

Dominian, J., "Marital Pathology -- A Review", in Postgraduate Medical Journal, Vol. 48, September 1972, pp. 517-525.

Douglas, Jack D., The Social Meanings of Suicide, Princeton, N.J., Princeton University Press, 1967, 398 p.

Durkheim, Émile, Le suicide, Paris, Presses Universitaires de France, 1930, 463 p.

Dwyer, Philip M., "An Inquiry into the Psychological Dimensions of Cult Suicide", in Suicide and Life-Threatening Behavior, Vol. 9, No. 2, Summer 1979, pp. 120-127.

Easterlin, Richard A., "What Will 1984 Be Like? Socioeconomic Implications of Recent Twists in Age Structure", in Demography, Vol. 15, No. 4, November 1978, pp. 397-432.

Elwood, Thomas W., "Old Age and Quality of Life", in Health Services Reports, Vol. 87, No. 10, December 1972, pp. 919-931.

Etemad, Bijan, "Aging", in Current Psychiatric Therapies, Vol. 8, 1978, pp. 85-89.

Fann, William E., and Wheless, Jeanine C., "Depression in Elderly Patients", in Southern Medical Journal, Vol. 68, No. 4, April 1975, p. 468.

Farber, Maurice L., Theory of Suicide, New York, Funk and Wagnalls, 1968, 115 p.

Farberow, Norman L. (ed.), Suicide in Different Cultures, Baltimore, University Park Press, 1975, 286 p.

Farberow, Norman L., and Moriwaki, Sharon Y., "Self-Destructive Crises in the Older Person", in The Gerontologist, Vol. 15, No. 4, August 1975, pp. 333-337.

Farberow, Norman, and Shneidman, Edwin S., The Cry for Help, Toronto, McGraw-Hill Book Company, 1965, 398 p.

Flett, Darlene E., Last, John M., and Lynch, George W., Evaluation of the Public Health Nurse as Primary Health Care Provider for Elderly People, Health and Welfare Canada, Long Range Planning Branch, Staff Paper No. 78-2, June 1978, 22 p.

Fox, Richard, "Suicide Prevention in Great Britain", in Mental Health and Society, Vol. 4, 1977, pp. 74-79.

Gardner, Elmer A., Bahn, Anita K., and Mack, Marjorie, "Suicide and Psychiatric Care in the Aging", in Archives of General Psychiatry, Vol. 10, June 1964, pp. 547-553.

Gerry, Peggy, "J'ai choisi ma mort", dans Psychologie, n° 105, octobre 1978, pp. 33-39.

Gfeller, Eduard, "Pinpointing the Cause of Disturbed Behavior in the Elderly", in Geriatrics, Vol. 33, No. 12, December 1978, pp. 26-30.

Gibbs, Jack P., and Martin, Walter T., Status Integration and Suicide, Eugene, Oregon, University of Oregon Books, 1964, 225 p.

Ginsberg, R.B., "Anomie and Aspirations: A Reinterpretation of Durkheim's Theory", in Dissertation Abstracts International, Vol. 27A, 1966.

Graux, P., "Le suicide de la personne âgée", dans Lille Médical, tome XIX, n° 7, 1974, pp. 754-755.

Haggerty, Judith, "Suicidal Behavior in a 70-Year-Old Man: A Case Report", in Journal of Geriatric Psychiatry, Vol. VI, No. 1, 1973, pp. 43-52.

Halbwachs, Maurice, The Causes of Suicide, London, Routledge and Kegan Paul, 1978, 372 p.

Hankoff, L.D. (ed.), and Einsidler, Bernice (assoc. ed.), Suicide -- Theory and Clinical Aspects, Littleton, Mass., PSG Publishing Company, Inc., 1979, 464 p.

Heinz, Linda, "Annotated Bibliography of 'Suicide'", in Suicide and Life-Threatening Behavior, Vol. 8, No. 4, 1978, p. 257.

Hendin, Herbert, "A Saner Policy on Suicide", in Psychology Today, May 1979, pp. 115-116.

Henretta, John C., and Campbell, Richard T., "Status Attainment and Status Maintenance: A Study of Stratification in Old Age", in American Sociological Review, Vol. 41, December 1976, pp. 981-992.

Henry, A.F., and Short, J.F., Suicide and Homicide, Glencoe, Glencoe Free Press, 1954, 214 p.

Iga, Mamoru, et al., "Suicide in Japan", in Social Science and Medicine, Vol. 12A, Perganon Press Ltd., 1978, pp. 507-516.

Jacobson, Gerald F., and Portuges, Stephen H., "Relation of Marital Separation and Divorce to Suicide: A Report", in Suicide and Life-Threatening Behavior, Vol. 8, No. 4, Winter 1978, pp. 217-224.

Jankélévitch, Vladimir, La Mort, Paris, Flammarion, 1966, 426 p.

Jarosz, Maria, "Le suicide en Pologne", dans La Revue d'études comparatives Est-Ouest, Vol. 9, n° 4, décembre 1978.

Jarvis, George K., The Probability of Suicide: Identification of Canadian Population Segments at High Risk, Edmonton, University of Alberta, 1975, 19 p.

-----, Status Integration and Self-Injury, Edmonton, University of Alberta, 1976, 16 p.

Jennings, C., Barraclough, B.M., and Moss, J.R., "Have the Samaritans Lowered the Suicide Rate? A Controlled Study", in Psychological Medicine, Vol. 8, 1978, pp. 413-422.

Johnson, Allan, "Recent Trends in Sex Mortality Differentials in the United States", in Journal of Human Stress, Vol. 3, No. 1, March 1977, pp. 22-32.

Kahana, Ralph, and Levin, Sidney, "Aging and the Conflict of Generation", in Journal of Geriatric Psychiatry, Vol. IV, No. 2, Spring 1971, pp. 115-162.

Kastenbaum, Robert, and Mishara, Brian L., "Premature Death and Self-Injurious Behavior in Old Age", in Geriatrics, Vol. 26, No. 7, July 1971, pp. 71-81.

Khantzian, Edward J., "Organic Problems in the Aged: Brain Syndromes and Alcoholism", in Journal of Geriatric Psychiatry, Vol. 11, No. 2, 1978, pp. 191-202.

Kiev, Ari, "The Prevention of Suicide", in Current Psychiatric Therapies, Vol. 18, 1978, pp. 91-95.

Killian, Bridget Anne, "Attitudes to Death and Bereavement Among the Elderly", in World of Irish Nursing, Vol. 7, No. 5, May 1978, pp. 2-3.

Kraus, A.S., "Patients Who Want to Die: A Survey of 1,000 Adults", in Canadian Family Physician, Vol. 24, December 1978, pp. 1282-1286.

Krupinski, Jerzy, "Urbanization and Mental Health -- Psychiatric Morbidity, Suicide and Violence in the State of Victoria", in Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, Vol. 13, No. 3, 1979, pp. 139-145.

Kubler-Ross, Elisabeth, On Death and Dying, New York, The Macmillan Company, 1969, 260 p.

-----, Questions and Answers on Death and Dying, New York, Macmillan Publishing Co., Inc., 1974, 177 p.

-----, Death -- The Final Stage of Growth, Toronto, Prentice-Hall, 1975, 175 p.

Labovitz, Sandford, and Brinkerhoff, Merlin B., "Structural Changes and Suicide in Canada", in International Journal of Comparative Sociology, Vol. 18, No. 3-4, pp. 254-267.

Latorre, Ronald A., and McLeoad, Emily, "Machiavellianism and Clinical Depression in a Geriatric Sample", in Journal of Clinical Psychology, Vol. 34, No. 3, July 1978, pp. 659-660.

Laury, G.V., "Some Reflections on Aging in the United States", in Geriatrics, Vol. 28, No. 5, May 1973, pp. 178-182.

Leonard, Calista, Understanding and Preventing Suicide, Springfield, Ill., Charles C. Thomas, 1967, 351 p.

Lester, David, "Suicide and Unemployment", in Archives of Environmental Health, Vol. 20, February 1970, pp. 227-278.

Lester, Gene, and Lester, David, Suicide: The Gamble with Death, Englewood Cliffs, N.J., Prentice-Hall, Inc., 176 p.

Lettieri, Dan J., "Suicide in the Aging -- Empirical Prediction of Suicidal Risk Among the Aging", in Journal of Geriatric Psychiatry, Vol. VI, No. 1, 1973, pp. 7-42.

Leviton, D., "The Significance of Sexuality as a Deterrent to Suicide Among the Aged", in Omega, Vol. 4, No. 2, Summer 1973, pp. 163-174.

Liberakis, E.A., and Hoenig, J., "Recording of Suicide in Newfoundland", in The Psychiatric Journal of the University of Ottawa, Vol. 111, No. 4, December 1978, pp. 254-259.

Lindelius, R., "Trends in Suicide in Sweden, 1749-1975", in Acta Psychiatrica Scandinavica, Vol. 60, No. 3, 1979, pp. 295-310.

Lukianowicz, N., "Suicidal Behavior — An Attempt to Modify the Environment", in Psychiatria Clinica, Vol. 8, No. 3, 1975, pp. 140-154.

MacMahon, Brian, and Pugh, Thomas F., "Suicide in the Widowed", in American Journal of Epidemiology, Vol. 81, No. 1, 1965, pp. 23-31.

Malla, A., and Hoenig, J., "Suicide in Newfoundland and Labrador", in Canadian Journal of Psychiatry, Vol. 24, No. 2, 1979, pp. 139-146.

Marshall, James R., "Changes in Aged White Male Suicide: 1948-1972", in Journal of Gerontology, Vol. 33, No. 5, 1978, pp. 763-768.

McCulloch, J.W., Philip, A.E., and Carstairs, G.M., "The Ecology of Suicide Behavior", in British Journal of Psychiatry, Vol. 113, No. 496, 1967, pp. 313-319.

McGuire, Frederick L., "A Comparison of Suicide and Non-Suicide Deaths Involving Psychotropic Drugs in Four Major U.S. Cities", in American Journal of Public Health, Vol. 66, No. 11, November 1976, pp. 1058-1061.

Mehta, Dinesh, Mathew, Poyanil, and Mehta, Shobhana, "Suicide Pact in a Depressed Elderly Couple: Case Report", in Journal of the American Geriatrics Society, Vol. 26, No. 3, 1978, pp. 136-138.

Miller, Marv, "A Review of the Research on Geriatric Suicide", in Death Education, Vol. 3, No. 3, 1979, pp. 283-296.

-----, "Suicide Among Older Men", in Dissertation Abstracts International, Vol. 37, No. 6-B, December 1976, p. 3156-B.

-----, "Note: Toward a Profile of the Older White Male Suicide", in The Gerontologist, Vol. 18, No. 1, 1978, pp. 80-82.

Moser, Karin, "Depression Major Concern for Elderly in Institutions", dépêche parue dans The Ottawa Citizen, le 27 mai 1979.

Nelson, Franklyn, "Religiosity and Self-Destructive Crises in the Institutionalized Elderly", in Suicide and Life-Threatening Behavior, Vol. 7, No. 2, 1977, p. 67.

Niccolini, Robert, "Reading the Signals of Suicide Risk", in Geriatrics, Vol. 28, No. 3, May 1973, pp. 71-72.

Nordlight, Stephen, "Stress, Aging, and Mental Health", in New York State Journal of Medicine, October 1975, pp. 2135-2137.

Ouellet, Barbara, Indicateurs du domaine de la santé - Canada et provinces, Direction de la politique sanitaire et sociale, Direction générale de la politique, de la planification et de l'information, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Ottawa, septembre 1979, 106 p.

Pallis, D.J., and Pierce, D.W., "Recognizing the Suicidal Overdose", in Journal of the Royal Society of Medicine, Vol. 72, No. 8, August 1979, pp. 565-571.

Patterson, Robert D., Abrahams, Ruby, and Baker, Frank, "Preventing Self-Destructive Behavior", in Geriatrics, Vol. 29, No. 11, November 1974, pp. 115-121.

Peck, Arthur, "Emotional Reactions to Having Cancer", in American Journal of Roentgenology Radium Therapy and Nuclear Medicine, Vol. 114, No. 3, 1972, pp. 591-599.

Peretti, P.O., Voluntary and Involuntary Retirement of Aged Males and Their Effect on Emotional Satisfaction, Usefulness, Self-Image, Emotional Stability, and Interpersonal Relationships", in Giornale di Gerontologia, Vol. 23, 1975, pp. 38-51.

Peretti, P.O., and Wilson, C., "Anomic and Egoistic Theoretical Factors of Contemplated Suicide Among Voluntary and Involuntary Retired Aged Males", in Giornale Di Gerontologia, Vol. 24, No. 2, 1976, pp. 119-127.

Perlin, Seymour, A Handbook for the Study of Suicide, Toronto, Oxford University Press, 1975, 236 p.

Philibert, Michel, Les Échelles d'âge, Paris, Éditions du Seuil, 1968, 419 p.

Pollak, S., and Missliwetz, J., "Suicide in Hospitals of Vienna", in Journal of Legal Medicine, Vol. 83, No. 3, 1979, pp. 233-244.

Portwood, Doris, Common-Sense Suicide -- The Final Right, New York, Dodd, Mead and Company, 1978, 142 p.

Poulos, J., "The Geriatric Suicide", in Bedside Nurse, Vol. 4, No. 7, July 1971, pp. 24-26.

Powell, Brian J., and Martin, James K., Implications économiques du vieillissement de la population canadienne, Direction générale de la recherche sur les politiques et de la planification stratégique, Santé et Bien-être social Canada (document rédigé pour le Colloque national sur le vieillissement, du 25 au 27 octobre 1978), 35 p.

Powell, Edwin H., "Occupation, Status and Suicide: Toward a Redefinition of Anomie", in American Sociological Review, Vol. 23, No. 2, April 1958.

Proudfoot, A.T., and Wright, N., "The Physical Consequences of Self-Poisoning by the Elderly", in Gerontologia Clinica, Vol. 14, No. 1, 1972, pp. 25-31.

Quidu, Marguerite, Le Suicide, Paris, Les Éditions sociales françaises, 1970, 166 p.

Ramon, Sh., and Breyter, C.E., "Attitudes Towards Self-Poisoning Among British and Israeli Doctors and Nurses in a Psychiatric Hospital", in Israel Annals of Psychiatry, Vol. 16, No. 3, September 1978, pp. 206-218.

Resnik, H.L.P. (ed.), Suicidal Behaviours Diagnosis and Management, Boston, Little, Brown and Company, 1968, 536 p.

Resnik, H.L.P., and Cantor, Joel M., "Suicide and Aging", in Journal of the American Geriatrics Society, Vol. 18, No. 2, 1970, pp. 152-158.

Retha, Robert L., and Gloria J. Lester, "Drug-Related Profile: A DAWN Profile", in The International Journal of the Addictions, Vol. 14, No. 5, 1979, pp. 599-606.

Ripley, Herbert S., "Suicide in General Hospitals", in The Western Journal of Medicine, Vol. 130, No. 5, May 1979, pp. 408-410.

Robins, Lee N., West, Patricia A., and Murphy, George, "The High Rate of Suicide in Older White Men: A Study Testing Ten Hypotheses", in Social Psychiatry, Vol. 12, No. 1, 1977, pp. 1-20.

Roth, Martin, "Cerebral Disease and Mental Disorders of Old Age as Causes of Anti-Social Behaviour", in International Psychiatric Clinics, Vol. 5, No. 3, 1968, pp. 33-58.

Russell, Noyes Jr., Frye, Susan J., and Hartford, Charles E., "Single Case Study -- Conjugal Suicide Pact", in The Journal of Nervous and Mental Disease, Vol. 165, No. 1, 1977, pp. 72-75.

Sainsbury, Peter, Suicide in London, London, Chapman and Hall Ltd., 1955, 116 p.

Schalkwyk, Johanna, Lazer, Charles, and Cumming, Elaine, "Another Look at Status Integration and Suicide", in Social Forces, Vol. 57, No. 4, June 1979, pp. 1063-1080.

Schuckit, Marc A., Morrissey, Elizabeth R., and O'Leary, Michael R., "Alcohol Problems in Elderly Men and Women, in Addictive Diseases: An International Journal, Vol. 3, No. 3, 1978, pp. 405-416.

Sendbuehler, J.M., "Suicide and Attempted Suicide Among the Aged", in Canadian Medical Association Journal, Vol. 117, No. 5, September 1977, pp. 418-419.

-----, "Suicide and Attempted Suicide Among the Aged", in Canadian Medical Association Journal, Vol. 117, No. 10, November 1977, p. 1136.

-----, "Suicide and Attempted Suicide Among the Aged", in Canadian Medical Association Journal, Vol. 117, No. 11, December 1977, p. 1250.

Sendbuehler, J.M., and Goldstein, S., "Attempted Suicide Among the Aged", in Journal of the American Geriatrics Society, Vol. 25, No. 6, 1977, pp. 245-248.

Shainess, Natalie, "Treatment of Crises in the Lives of Women: Object Loss and Identity Threat", in American Journal of Psychotherapy, Vol. 31, April 1977, pp. 227-237.

Shichor, David, and Bergman, Simon, "Patterns of Suicide Among the Elderly in Israel", in The Gerontologist, Vol. 19, No. 5, 1979, pp. 487-495.

Shneidman, Edwin S. (ed.), Essays in Self-Destruction, New York, Science House, Inc., 1967, 554 p.

-----, On the Nature of Suicide, San Francisco, Jossey-Bass Inc. Publishers, 1969, 146 p.

Short, James F., "Comment on Bock and Webber's 'Social Status and Relational System of Elderly Suicides'", in Life-Threatening Behavior, Vol. 2, No. 3, Fall 1972, pp. 160-162.

Shulman, Eliot, "Assisted Suicide: Some Ethical Considerations", in International Journal of Health Services, Vol. 7, No. 4, 1978, pp. 201-209.

Slater, Eliot, "Assisted Suicide: Some Ethical Considerations", in International Journal of Health Services, Vol. 6, No. 2, 1976, pp. 321-329.

Sletten, Ivan W., and Barton, John L., "Suicide Patients in the Emergency Room: A Guide for Evaluation and Disposition", in Hospital Community Psychiatry, Vol. 30, No. 6, June 1979.

Sonneck, G., and Ringel, E., "Suicide Prevention and the Community", in Mental Health and Society, Vol. 4, 1977, pp. 80-84.

Stack, Steven, "Suicide: A Comparative Study", in Social Forces, Vol. 57, No. 2, December 1978, pp. 644-653.

Sutkamp Freideman, Joyce, "Cry for Help: Suicide in the Aged", in Journal of Gerontological Nursing, Vol. 2, No. 3, May-June 1976, pp. 28-32.

Syer, Diane S., and Scott, Shirley, A National Survey of Canadian Crisis Centres (Report on the Survey), 1978, 18 p.

Théorêt, C., Vehicles of Economic Well-Being Among the Aged: Current Setting and Future Prospects (paper presented at the Canadian Association of Gerontology Meeting, Halifax, November 1-4, 1979), Ottawa, Health and Welfare Canada, Policy, Planning and Information Branch, 51 p.

Tideiksaar, Rein, "On Suicide and the Aging", in American Journal of Public Health, Vol. 68, No. 8, August 1978, pp. 782-783.

-----, "Suicide in the Elderly", in American Family Physician, Vol. 19, No. 3, 1979, pp. 28-30.

Tuckman, Jacob, and Youngman, William F., "A Scale for Assessing Suicide Risk of Attempted Suicides", in Journal of Clinical Psychology, Vol. 24, No. 1, January 1968, pp. 17-19.

United Nations, Demographic Yearbook, 1977, New York, 1978.

Volker Wenz, Friedrich, "Family Constellation Factors, Depression, and Parent Suicide Potential", in American Journal of Orthopsychiatry, Vol. 49, No. 1, January 1979, pp. 164-166.

Waldron, Ingrid, "Why Do Women Live Longer than Men?", in Social Science and Medicine, Vol. 10, No. 7-8, 1976, pp. 349-362.

Walk, David, "Suicide and Community Care", in British Journal of Psychiatry, Vol. 113, No. 505, 1967, pp. 1381-1391.

Wenz, Friedrich V., "Effects of Seasons and Sociological Variables on Suicidal Behavior", in Public Health Reports, Vol. 92, No. 3, May-June 1977, pp. 233-239.

-----, "Marital Status, Anomie, and Forms of Social Isolation: A Case of High Suicide Rate Among the Widowed in an Urban Sub-Area", in Disease of the Nervous System, Vol. 38, No. 11, November 1977, pp. 891-895.

Williams, Robert H., "The End of Life in the Elderly", in Postgraduate Medicine, Vol. 54, No. 6, December 1973, pp. 55-59.

Wolff, Kurt, "The Treatment of the Depressed and Suicidal Geriatric Patient", in Geriatrics, Vol. 26, No. 7, July 1971, pp. 65-69.

World Health Organization, Prevention of Suicide, Geneva, Public Health Paper No. 35, 1968, 84 p.

-----, Suicide Statistics — The Problem of Comparability, Geneva WHO Chronicle, Vol. 29, No. 5, May 1975, pp. 188-193.

-----, World Health Statistics Report, Geneva, Vol. 29, No. 7, 1976, pp. 380-413.

Zung, William W.K., "Suicide Prevention by Suicide Detection", in Psychosomatics, Vol. 20, No. 3, March 1979, pp. 149-159.

Zung, William W.K., and Moore, James, "Suicide Potential in a Normal Adult Population", in Psychosomatics, Vol. 17, No. 1, January/February/March 1976, pp. 37-41.

"Suicide Patterns in the Elderly", in Geriatrics, Vol. 22, No. 12, December 1967, p. 68.

"Death Rates in Canada Lowest Among Married Persons", in Metropolitan Life Statistical Bulletin, Vol. 54, August 1973, pp. 4-6.